

**WELFARE**

MINISTERO DELLA SANITÀ  
Servizio Studi e Documentazione

**RUOLO AZIONI  
ED OBIETTIVI  
DEL VOLONTARIATO  
IN SANITÀ**

Rapporto finale  
Consulta Nazionale Volontariato in Sanità  
Giugno 2000

**SALUTE**



# SERVIZIO STUDI E DOCUMENTAZIONE

Ufficio III

## Sommario

<b>Presentazione</b>	pag. 7
<b>1. Ruolo del volontariato nel P.S.N.: costruzione del patto per la salute e tutela dei soggetti deboli</b>	pag. 10
<b>1.1. SOGGETTI DEBOLI E VOLONTARIATO</b>	pag. 11
1.1 Chi sono i soggetti deboli	
1.2 L'atteggiamento del volontariato	
<b>1.2. GLI SPAZI DELLA VIGILANZA DEL VOLONTARIATO</b>	pag. 13
1.2.1. Le relazioni all'interno delle strutture sanitarie	
1.2.1.1. <i>Alcune indicazioni di lavoro</i>	
1.2.2 I nodi strutturali dell'organizzazione dei servizi alla salute	
1.2.2.1. <i>Alcune indicazioni di lavoro</i>	
1.2.3. Le politiche strutturali	
1.2.3.1. <i>Alcune indicazioni di lavoro</i>	
1.2.4. L'informazione e sensibilizzazione della comunità	
1.2.4.1. <i>Alcune indicazioni di lavoro</i>	
1.2.5. Territorio e salute	
1.2.5.1. <i>Alcune indicazioni di lavoro</i>	
<b>1.3. I SOGGETTI DEBOLI: ANALISI DI ALCUNE TIPOLOGIE</b>	pag. 21
1.3.1. Fare emergere i bisogni di salute	
1.3.1.1 <i>Difficoltà della persona ad accedere ad un servizio</i>	
1.3.1.2 <i>Difficoltà dell'operatore</i>	
1.3.2. Analisi di alcune tipologie	
1.3.2.1. <i>Persone colpite da patologie irreversibili</i>	
1.3.2.2. <i>Pazienti affetti da AIDS</i>	
1.3.2.3. <i>Immigrati</i>	
1.3.2.4. <i>Anziani</i>	
1.3.2.5. <i>Disabili</i>	
1.3.2.6. <i>Detenuti</i>	

1.4.	<b>PER UNA CULTURA DELLE RELAZIONI</b>	pag. 28
1.4.1	La relazione tra fiducia e coscienza	
1.4.2	Strategie	
1.4.2.1.	<i>Prendersi cura</i>	
1.4.2.2.	<i>Ascolto</i>	
1.4.2.3.	<i>Informazione</i>	
1.4.2.4.	<i>Partecipazione</i>	
1.4.2.5.	<i>Azioni concrete</i>	
1.4.2.6.	<i>Valutazione</i>	
<b>2.</b>	<b>Identità e realtà del volontariato</b>	pag. 33
2.1	<b>IDENTITÀ DEL VOLONTARIATO</b>	pag. 36
2.1.1.	Quelli che non	
2.1.1.1.	<i>Comprendere la transizione, difendere le distinzioni</i>	
2.1.1.2.	<i>Valori del volontariato ed etica del lavoro</i>	
2.1.2.	Identità del volontariato in sanità	
2.1.3.	Realtà del volontariato in sanità: definizione degli ambiti	
2.1.4.	Rapporto del volontariato rispetto all'impresa sociale	
2.2.	<b>ALCUNE LINEE DI RAPPORTO TRA ISTITUZIONI PUBBLICHE E VOLONTARIATO</b>	pag. 44
2.2.1.	Regolazione giuridica e tutela del volontariato	
2.2.2.	Volontariato e ruolo anticipatore	
<b>3.</b>	<b>Ruolo del volontariato nell'integrazione sanitaria e sociale</b>	pag. 48
3.1.	<b>UN FATTO CULTURALE: LA PERSONA DA ASSISTERE VISTA NELLA SUA GLOBALITÀ</b>	pag. 48
3.1.2.	Il percorso legislativo	
3.2.	<b>IL VOLONTARIATO NELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b>	pag. 50
3.2.1.	L'integrazione fra associazioni di volontari	
3.2.2.	Integrazione fra volontariato e altre organizzazioni non profit	

3.2.3. Integrazione fra volontariato e azienda ospedaliera

3.2.4. Integrazione fra volontariato e struttura pubblica  
nell'assistenza domiciliare

**3.3. CONCLUSIONI** pag. 55

**4. Formazione e aggiornamento** pag. 57

**4.1. IL VOLONTARIATO E LA FORMAZIONE** pag. 57

4.1.1. Compiti e finalità della formazione

4.1.2. Obiettivi specifici

4.1.3. Indicazioni metodologiche

**4.2. LE TIPOLOGIE DELLA FORMAZIONE** pag. 59

4.2.1. La formazione di base

4.2.2. Aggiornamento e formazione permanente

**4.3. I DIVERSI SETTORI D INTERVENTO** pag. 60

4.3.1. Formazione del volontario soccorritore

4.3.2. Formazione del volontario nell'assistenza domiciliare e socio-  
sanitaria

4.3.3. Formazione del volontario nella prevenzione e riabilitazione  
del disagio

**4.4. I CONTENUTI DELLA FORMAZIONE** pag. 65

4.4.1. Area del sapere

4.4.2. Area del saper essere

4.4.3. Area del saper fare

**4.5. LE FASI DELLA FORMAZIONE** pag. 68

4.5.1. Identificazione dei bisogni

4.5.2. Progettazione dell'intervento formativo

4.5.3. Orientamento ed accoglienza dei possibili volontari

4.5.4. Realizzazione dell'intervento

4.5.5. Verifica e documentazione dell'esperienza

**4.6 CONCLUSIONI** pag. 71

**5 APPENDICE - RICERCA FIVOL 97** pag. 74

## Presentazione

In pochi mesi di attività la Consulta Nazionale del Volontariato in Sanità, istituita dal Ministro Rosy Bindi presso il Ministero della Sanità, ha portato avanti un pregevole lavoro di esplorazione dell'identità del volontariato in sanità, di approfondimento dei dati conoscitivi e descrittivi che lo caratterizzano, del ruolo del volontariato quale soggetto protagonista del "patto di solidarietà per la promozione della salute" definito dal Nuovo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

In particolare, la Consulta Nazionale ha elaborato una riflessione del tutto innovativa sulle azioni e gli obiettivi del volontariato in sanità, alla luce:

- del rapporto con i soggetti deboli; di una presenza "vigile" per la difesa dei diritti umani all'interno delle strutture sanitarie;
- della qualità relazionale che deve circondare i bisogni sociali e sanitari dei pazienti all'interno ed all'esterno delle strutture sanitarie;
- del rapporto tra territorio, comunità locale e sistema sanitario nazionale;
- dell'apporto specifico del volontariato in sanità nel processo di integrazione sociale e sanitaria;
- della partecipazione alla programmazione ed alla gestione dei servizi sanitari;
- del contributo del volontariato alla promozione della qualità in sanità;
- delle esigenze formative e della professionalità che deve caratterizzare l'impegno dei volontari nelle strutture sanitarie;
- dei requisiti di accreditamento delle organizzazioni di volontariato presso il sistema sanitario nazionale.

**Appare evidente tuttavia come, nonostante la vastità della riflessione sin qui portata avanti, non tutti i temi e problemi aperti sono stati affrontati e discussi.**

Né in queste righe si ha la pretesa di riassumere tutto quello che resta da fare –a livello di riflessione– in sanità, dalla prospettiva del volontariato.

Più semplicemente questo primo "Rapporto sul volontariato in sanità" vuole indicare la strada da percorrere su alcuni sentieri di approfondimento, riguardo ad aspetti rimasti sullo sfondo, nonostante la loro rilevanza.

Il documento riveste quindi una importanza fondamentale per dar conto di una realtà spesso sottovalutata, poco conosciuta nella sua specificità.

Il volontariato, è stato più volte detto, deve contribuire, da una parte, ad avviare un percorso di chiarificazione concettuale e operativa, riguardo alle diverse identità presenti nel Terzo settore; dall'altra, rafforzare –insieme agli altri soggetti presenti– il percorso di costruzione di un sistema di protezione sociale, non più patrimonio esclusivo della mano pubblica.

**In questo senso si sottolinea nel documento la necessità di un monitoraggio sulle realtà del volontariato in sanità, orientato a chiarire la natura e la dimensione effettiva delle forze in campo, contribuendo a superare la confusione di cifre e di definizioni che non aiutano ad una realistica lettura del fenomeno e che tolgono forza ed identità allo stesso volontariato.**

**Ciò è tanto più necessario nella prospettiva del nuovo PSN che chiama il volontariato ad esercitare un ruolo determinante di partecipazione, di coinvolgimento ed autore-sponsabilizzazione della comunità locale per la promozione della salute.**

Per avviare un genuino percorso di realizzazione di una comunità solidale e la costruzione effettiva di un patto per la salute, la sfida della partecipazione deve essere assunta in maniera più convinta e credibile. Se da una parte gli enti locali e le AUSL debbono divenire partners credibili nei percorsi di verifica della qualità e dell'effettivo accesso dei soggetti deboli; dall'altra il volontariato deve "esserci" davvero e le istituzioni devono responsabilizzarsi soprattutto in questa direzione, se è davvero in gioco il benessere futuro della comunità.

**In particolare il tema dei Comitati etici, al di là dell'assenza di una normativa uniforme e chiarificatrice a livello nazionale, evoca che la questione della sanità non sarà mai comprimibile in termini di efficienza tecnica, di mera capacità gestionale, ma coinvolge in maniera esemplare dimensioni valoriali in ragione delle quali diviene per dirla con una battuta - troppo seria per essere lasciata in mano ai soli specialisti.**

*Valutazione partecipata, promozione della salute diffusa attraverso la modifica dei comportamenti e degli stili di vita, una rinnovata attenzione alla difesa della salute collettiva ed alla prevenzione (resa difficile per i soggetti meno provveduti economicamente e culturalmente), costruzione di modalità concrete e verificabili di attuazione del patto per la salute sul territorio: tutte queste sono piste di lavoro rispetto alle quali riaffermare alcuni valori di fondo e definire percorsi concreti e realistici.*

Si tratta non tanto di selezionare qualche *buona pratica* o prassi di eccellenza, ma di lavorare per una crescita di consapevolezza, responsabilità e impegno di tutti i soggetti coinvol-

ti, a partire dal volontariato, al fine di far muovere contestualmente la comunità locale e le strutture sanitarie su percorsi nuovi e di sempre maggiore tutela del diritto alla salute.

Una nuova cultura delle relazioni in sanità deve prendere il posto di tecnicismi eccessivi, chiusure categoriali, incomunicabilità, esasperazioni manageriali, e divenire chiave di volta di processi partecipativi che puntino al coinvolgimento, alla partecipazione, all'affermazione di modelli gestionali che hanno la persona e i suoi bisogni, espressi o inespresi, di salute al centro.

Partire dalla persona che ha un bisogno di salute, è la prospettiva che consente a tutti, operatori sanitari, familiari, volontari; a tutti coloro che sono *ancora* sani, di superare prospettive a volte autoreferenziali, limitate o, addirittura, emarginanti, aiutandoci ad affrontare una sfida che non riguarda un *Altro* lontano da noi, ma una, tante persone che riflettono il volto di ognuno di noi, in tutte le fasi della nostra vita.



## **1. Ruolo del volontariato nel P.S.N.: costruzione del patto per la salute e tutela dei soggetti deboli**

Per affrontare questo tema va fatta una considerazione fondamentale: il volontariato può e deve intervenire nel settore sociosanitario come interlocutore delle istituzioni nella definizione di strategie e progetti tesi a ottimizzare l'azione del Servizio Sanitario Nazionale. Esso, grazie alla sua capillare diffusione sul territorio, può costituire un utile e costante luogo di monitoraggio dei bisogni esistenti e, di conseguenza, un punto di riferimento fondamentale per le istituzioni, al fine di costruire interventi mirati ed efficaci.

Tenendo in considerazione questi fattori, ci sembra necessario sottolineare alcune questioni:

- a) si deve rispondere ad una esigenza di coordinamento istituzionale e di informazione verso le realtà del volontariato, riguardanti il settore sociosanitario, come ad es. i lavori delle commissioni parlamentari e governative, i progetti di legge e i progetti dell'Unione Europea, finanziamenti nazionali e comunitari disponibili. Un soluzione adeguata può essere la creazione di un sito Internet, dedicato a tale fine.

Sul piano del coordinamento istituzionale, si deve favorire l'omogeneizzazione dei criteri di definizione e di intervento, al fine di garantire effettive sinergie tra Amministrazione pubblica e nonprofit nell'area sociosanitaria.

- b) dare sostanza al "Patto di solidarietà per la salute", contenuto nell'ultimo Piano Sanitario Nazionale, valorizzando il ruolo del volontariato e stabilendo i collegamenti anche operativi con gli altri soggetti che concorrono alla realizzazione del "Patto": i cittadini, gli operatori sanitari, le Istituzioni, il volontariato, i produttori di beni (profit e nonprofit) e i servizi di carattere sanitario, gli organi e gli strumenti di comunicazione, la Comunità Europea e Internazionale. E' indispensabile, per questo, che le Istituzioni assumano il volontariato come reale interlocutore, portatore di una propria esperienza e competenza, da tenere assolutamente in considerazione nell'elaborazione di un qualsiasi progetto o piano sanitario, che voglia essere organico, efficiente e rispondere seriamente ai bisogni del territorio.

- c) creare una rete collaborativa non solo tra il mondo del volontariato ed il Ministero della Sanità, ma coinvolgendo anche il Ministero della Solidarietà Sociale ed il Ministero di Grazia e Giustizia.

Il volontariato è assolutamente disponibile a compiere fino in fondo la propria parte, ma bisogna che le Istituzioni si impegnino a fare altrettanto.

L'apertura dimostrata nella creazione della Consulta del Volontariato in Sanità rappresenta in questo senso un segnale positivo; la speranza è che sia possibile perseverare in questa direzione.

## **1.1. I SOGGETTI DEBOLI E VOLONTARIATO**

### **1.1.1. Chi sono i soggetti deboli**

È certamente condivisibile la definizione che dei soggetti deboli dà il Psn, il quale rifugiando da approcci categoriali, ne sottolinea *l'inadeguatezza* rispetto ad alcune abilità sociali e *le condizioni di bisogno*, di svantaggio, di dipendenza assistenziale e di cronicità.

Indubbiamente di fronte alla malattia, al dolore ed al limite, ognuno di noi vive una condizione di debolezza, che si accentua nel rapporto ineguale tra operatore sanitario e paziente, il primo fornito di competenze, di informazione e di potere, seppure relativo all'ambito in cui è inserito, il secondo dipendente –anche quando adeguatamente competente– dalle decisioni dell'altro.

In un simile contesto le debolezze, i limiti, le difficoltà di carattere culturale, fisico, psicologico, economico, di relazioni, di capacità di comunicazione, aumentano l'asimmetria di questo rapporto, asimmetria che rischia di compromettere il complessivo intervento terapeutico, qualora non ci si preoccupi di sviluppare le motivazioni e le abilità dei soggetti relativamente alla prosecuzione della cura (compliance).

Il problema quindi non è di alcune categorie, ma di tutti, anche nella prospettiva di una modulazione di interventi riguardanti le fasi della vita. Uno dei nodi da superare, in questo senso, è quello della rimozione che viene operata da "noi *ancora* sani" verso la malattia: solo quando questa verrà considerata una ipotesi possibile del percorso esistenziale di ognuno, non solo si rafforzeranno comportamenti finalizzati alla prevenzione, ma si ridurranno anche atteggiamenti emarginanti e discriminatori.

E' chiaro che alcune condizioni di marginalità (vedi ad esempio la tossicodipendenza, l'AIDS o le patologie psichiatriche) o di diversità culturale (vedi gli immigrati) debbono essere particolarmente seguite, per evitare fenomeni abnormi di esclusione.

Ma questo non deve far dimenticare sia una prospettiva generale di accessibilità dei servizi per la salute, sia altri soggetti, ad esempio quelli privati della libertà personale, che vivono condizioni di disagio per soddisfare le proprie esigenze di salute.

La verifica dell'accesso nelle strutture, da parte dei soggetti deboli, è un test valutativo fondamentale per capire la qualità del servizio, la competenza e le motivazioni del personale, l'adeguatezza della dimensione organizzativa, la capacità e la volontà dei poteri locali di rispondere in maniera davvero universalistica ai bisogni dei cittadini.

Alcune categorie di cittadini, come gli anziani soli –ammalati e non autosufficienti– nonché i disabili, i tossicodipendenti, vengono spesso dimessi precocemente ed inviati illegittimamente nel settore assistenziale, senza neppure provvedere a garantire la continuità di cura.

Inoltre, non c'è solo un problema di mancato accesso, ma di un ingresso nelle strutture che non produce cure appropriate. Alcune indagini<sup>1</sup>, che partivano dai comportamenti rispetto al bisogno di salute, evidenziano che soggetti di basse condizioni socioeconomiche finiscono *per consumare* prestazioni e cure sanitarie in misura pari ad altre categorie di reddito, ma addirittura ottengono risultati controproducenti. In altri termini non si tratta di lamentare la possibilità di accesso o la eventuale disparità di risorse utilizzate, ma la qualità del servizio, soprattutto in termini di costruzione efficace di percorsi di cura. Si accede, ma le prestazioni offerte sono improprie per mancanza di accompagnamento in un efficace percorso di cura.

Si verificano in questi casi percorsi incompleti di accertamenti clinici, ricoveri impropri, prescrizioni di cure sostanzialmente inutili (quali alcune prestazioni di fisioterapia) con una spesa elevata per il SSN, ed una soddisfazione effettiva e percepita molto bassa.

### **1.1.2. L atteggiamento del volontariato**

Qual è il compito del volontariato rispetto alla tutela dei soggetti deboli?

Indubbiamente è fondamentale sottolineare che, accanto alla dimensione della relazione, dell'accompagnamento e della centralità della persona, lo specifico del volontariato nella tutela dei soggetti deboli è un atteggiamento di presenza, nelle strutture e nel territorio, rivolto al cambiamento.

L'atteggiamento di fondo è la volontà di migliorare la qualità del servizio sanitario, a partire dai diritti di quanti affrontano maggiori difficoltà ad accedere effettivamente nelle strutture. In coerenza, altresì, con quanto afferma il Psn, relativamente alla *necessità di cambiamento e opportunità di miglioramento*" del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso

---

<sup>1</sup> Vedi in particolare quelle dell'Osservatorio epidemiologico della Regione Lazio e dell'Ufficio di pastorale sanitaria della Diocesi di Milano, a cura di Lanzetti *"La qualità dei servizi ospedalieri"*.

*“l'individuazione di modelli di risposta più adeguati alle crescenti aspettative della popolazione”.*

Condividiamo infatti quanto affermato anche in relazione alle motivazioni che spingono in questa direzione –che non sono di origine meramente congiunturali o connesse alle distorsioni del sistema italiano– ma connesse alla necessità di un *Patto per la salute* che coinvolga responsabilmente tutti i soggetti.

Infatti il Psn afferma: *“La promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dalla assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale, in termini di diritti così come di doveri, avvalendosi di tutti gli organismi di partecipazione e concertazione utili per una gestione territoriale della salute.”*

In particolare il Psn sottolinea che *“Il volontariato rappresenta un momento forte del nuovo patto solidale, in ragione del suo contributo alla umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore. Con la sua presenza contribuisce a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati e svolge un ruolo importante nella valutazione partecipata della qualità dell'assistenza.”*

In conformità al Psn il volontariato è quindi tenuto a essere strumento di cambiamento nelle strutture, a partire dalla dimensione relazionale (umanizzazione) e dai valori di cui è portatore e deve, quindi, essere tutelato nell'esercizio di questo ruolo all'interno delle strutture sanitarie.

Non si tratta ovviamente di svolgere un ruolo di controparte, in un rapporto solo critico con gli altri soggetti, ma di instaurare forme di collaborazione e di confronto durature, mirate anche a valorizzare i comportamenti positivi e le buone pratiche già presenti nelle strutture.

## **1.2. GLI SPAZI DELLA VIGILANZA DEL VOLONTARIATO**

Non solo il PSN, afferma il ruolo del volontariato nella “valutazione partecipata dell'assistenza”, ma già la legge di riforma sanitaria, n. 833 del 23.12.1978, riconosceva la funzione delle associazioni di volontariato nel perseguimento dei fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale.

In maniera più marcata il decreto legislativo n.502 del 30.12.1992, prevede – all'art.14, relativo ai *Diritti dei cittadini* – che le regioni instaurino con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti, rapporti di collaborazione al fine di definire gli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, in ordine alla *“umanizzazione, personalizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento di attività di prevenzione* (art. 14, c.1).

Sempre l'art. 14, c. 2, prevede la consultazione delle organizzazioni di volontariato, insieme ad altri soggetti, finalizzata alla *“raccolta di informazioni sull'organizzazione dei servi-*

zi”, nonché “*nelle fasi di impostazione della programmazione e verifica*” e nei momenti di “*discussione di provvedimenti su tali materie.*”

Un'altra significativa previsione riguarda anche la costituzione di “*organismi di consultazione*” presso le USL e le aziende ospedaliere, ove inserire stabilmente i soggetti del volontariato.

**D altro canto le AUSL e le aziende ospedaliere debbono indicare le prestazioni effettivamente erogate e rendere trasparenti le modalità di accesso: questo obbligo è stato peraltro rafforzato dal decreto legge 163 del 12 maggio 1995, relativo alle *Carte dei servizi*, che sono uno strumento di trasparenza gestionale dei soggetti erogatori pubblici.**

**Queste e altre previsioni, riguardo alla tutela dei diritti attraverso osservazioni, opposizioni denunce e reclami all'amministrazione, protocolli di collaborazione con le associazioni dei cittadini, configurano un sistema di tutela all'interno del quale è indicato con chiarezza il ruolo del volontariato.**

Purtroppo è da segnalare che, accanto a esperienze significative di collaborazione a livello locale come quelle dei *Comitati consultivi misti* della Regione Emilia Romagna<sup>2</sup>, una purtroppo consueta abitudine ad affogare in sedi pletoriche e occasionali i momenti di confronto con le associazioni dei cittadini, ha svuotato fortemente, nella gran parte delle regioni italiane, queste previsioni legislative. *A questo tema non è stata dedicata nessuna attenzione nel testo approvato dal Consiglio dei ministri relativo al decreto delegato di riforma del 502.*

**Si deve operare, quindi, per rendere vincolanti queste previsioni normative, in maniera tale che le inadempienze possano essere, in qualche misura, sanzionate.**

Inoltre, rispetto a questioni di carattere più generale del decreto 502/92, va risolta la questione della integrazione tra la previsione dell'art. 10, relativa alla qualità delle prestazioni in termini di efficacia sanitaria e quelle del citato art. 14, inerente la qualità percepita dal paziente.

Inoltre, come già detto, il tema della compliance, va affrontato in termini di efficacia integrata tra criteri tecnici e di percezione degli utenti, altrimenti si rischia di operare pericolose scissioni, che non possono non tradursi in asimmetrie relazionali.

Per analizzare quindi in dettaglio quali possono essere i campi di azione della vigilanza del volontariato nel settore, proponiamo il seguente schema:

- 1 - Le relazioni all'interno delle strutture sanitarie
- 2 - I nodi strutturali dell'organizzazione dei servizi alla salute

---

<sup>2</sup> Vedi ad esempio Federavo, *I comitati consultivi misti*, Dipartimento per gli affari sociali, 1998

3 - Le politiche strutturali

4 - L'informazione e sensibilizzazione della comunità

5 - Territorio e salute

### 1.2.1. Le relazioni all'interno delle strutture sanitarie

Indubbiamente il primo nodo di accessibilità dei servizi è il livello delle relazioni tra personale e utenti. Il **rapporto con le persone, le strutture per l'accoglienza, l'accessibilità informativa, l'accompagnamento dei soggetti deboli**, sono precondizioni indispensabili che consentono effettivamente l'instaurarsi di una relazione tra struttura e pazienti.

Purtroppo nonostante i miglioramenti indubbi di questi ultimi anni, ancora dobbiamo lamentare la lenta crescita di un orientamento effettivo al pubblico delle strutture ed una permanente insofferenza, purtroppo estesa, verso alcune categorie di soggetti.

È sensazione condivisa che l'anziano ricoverato parzialmente o completamente non autosufficiente, che il malato di AIDS, che il senza dimora, che –con le dovute differenze– la persona immigrata con difficoltà linguistiche, sono spesso appena tollerati o rifiutati dagli operatori sanitari. La casistica è ampia: si va dalla scortesia, alla mancanza di rispetto per la dignità dei soggetti, al rifiuto del ricovero o della prestazione, al rinvio ad un'altra struttura. A volte si tratta di nodi strutturali, molto spesso di un atteggiamento preconstituito e diffuso. Tutto questo non può essere tollerato, non già per motivi solidaristici, ma per ragioni intrinseche alla natura del servizio sanitario nazionale.

In altri termini non si deve neanche discutere se questi soggetti possano o meno entrare nelle strutture: le ragioni etiche delle professioni sanitarie, la nostra costituzione, la legge di riforma sanitaria, lo spirito dei provvedimenti legislativi successivi impongono la presa in carico di tutti i soggetti portatori di una domanda di salute.

Il volontariato deve cominciare a spostare in avanti la tutela, dalla rivendicazione di un'accoglienza dovuta, alla proposta di soluzioni concrete e di segnalazioni di buone pratiche. Si dovrà andare oltre anche alla **prestazione educata**, che resta comunque ancora un obiettivo in moltissime realtà, perché la questione deve investire l'identità stessa delle professioni sanitarie, le quali devono recuperare il proprio necessario farsi carico della persona, con un approccio olistico, che parte dal riconoscimento della dignità e unità del paziente e del suo diritto ad una cura compresa e condivisa.

#### 1.2.1.1. Alcune indicazioni di lavoro

Rispetto ad alcune questioni le soluzioni sono semplici: la leggibilità delle indicazioni, la presenza di scritte plurilingue, la presenza di uffici informazioni raggiungibili e orientati al pubblico, la semplificazione delle procedure.

In altri casi sono proponibili forme di cogestione con i gruppi di volontariato ed un riorientamento di funzioni dello stesso: ad esempio la tipica presenza del volontariato nelle corsie potrebbe essere estesa o riconvertita parzialmente dentro le strutture di accoglienza e di accompagnamento.

L'esperienza dei **mediatori culturali**, che possono essere sia volontari, sia operatori dipendenti, rispetto all'ingresso di immigrati nelle strutture o di **facilita-**

**tori** è certamente positiva ed è auspicabile anche la sua implementazione. Tutto questo non solo per rendere più *amichevole* l'accoglienza delle strutture, ma perché l'evidenza empirica mostra che provvedimenti del genere razionalizzano l'accesso e consentono un uso corretto delle risorse umane e strumentali.

Come è anche auspicabile la **formazione congiunta** del volontariato e del personale sui temi della relazione e dell'umanizzazione, nonché la progettazione comune della presenza integrata dei soggetti del volontariato con gli operatori.

E' necessario superare diffidenze e separatezze, attraverso un confronto operativo e duraturo, ispirato quindi ad un atteggiamento di disponibilità e di schiettezza. Va anche ricordato che c'è un dovere di denuncia dei casi di inadempienza gravi, non ovviamente in senso giudiziario, ma nella direzione della tutela dei diritti delle persone, qualora le modalità di collaborazione e di confronto siano ostruite.

### **1.2.2. I nodi strutturali dell'organizzazione dei servizi alla salute**

Certamente le dinamiche organizzative complessive dei servizi sanitari incidono pesantemente sulla qualità e fruibilità dei servizi.

Certe volte si ha la spiacevole sensazione che, per dirla con una battuta, l'ospedale non sia per i cittadini, ma i cittadini per l'ospedale. Certamente pesa in questo caso un certo tipo di cultura burocratica che ha ancora la presunzione di dovere educare e regolare i comportamenti dei cittadini, aggravando le asimmetrie.

I ritmi delle strutture sono spesso disegnati sulle esigenze del solo personale. I paradossi sono innumeri: dalla somministrazione dei pasti e delle cure farmacologiche scanditi dai cambi turni, alla cattiva abitudine di orari di esami fissati tutti alla stessa ora per decine di utenti, senza priorità interne, la consuetudine dei ritardi dei medici specialisti agli ambulatori, anche quando si tratta di pazienti anziani o neonati, la bizzarria di molti orari di apertura (un classico è l'apertura sfalsata tra uffici amministrativi, per i pagamenti dei ticket, e degli ambulatori).

Si fa fatica a capire perché non sia possibile, a circa 700 anni dalla invenzione degli orologi meccanici, non avere certezze minime neanche sugli orari, come se si entrasse in un mondo separato e incomprensibile.

È chiaro le strutture sanitarie sono strutture complesse, ci sono rigidità connesse alla natura pubblica dei servizi e, ormai, alla scarsità di risorse. Ma l'incapacità a risolvere anche problemi semplici, le cosiddette *disfunzioni da dettaglio*, fanno emergere una esigenza di riflessione su tutto quello che è risolvibile, attraverso una maggiore flessibilità nell'utilizzo di tutte le risorse disponibili.

Va portata avanti in tutte le sedi competenti, in particolare nei *comitati consultivi misti*, una riflessione che coinvolga allo stesso modo le strutture sindacali e di rappresentanza dei lavoratori, il volontariato, le associazioni di categoria dei pazienti e la dirigenza, al fine di rendere l'organizzazione del lavoro progressivamente centrata sull'utenza.



Non si vuole aderire acriticamente al mito della flessibilità del lavoro, come panacea ai problemi dell'erogazione dei servizi, ma evidenziare che da anni il processo di *flessibilizzazione* è in atto nella sanità pubblica, ma solo *sul fronte della domanda di salute*. Iniziare a riflettere su forme di riequilibrio ci sembra doveroso e non rinviabile.

Peraltro, va anche segnalato un rischio rispetto alla creazione di *servizi speciali e differenziati* relativi a categorie di soggetti deboli. A prima vista questo potrebbe sembrare una soluzione: magari orari studiati ad hoc, minore lunghezza delle liste di attesa sono certamente degli strumenti per rendere più accessibili le strutture. Ma bisogna porre due attenzioni: una sulla qualità di questi servizi alternativi, che rischiano di essere residuali e poco qualificati; l'altra sulla opportunità di creare canali separati, anche nel caso siano effettivamente privilegiati, ma che non risolvono complessivamente il nodo della qualità per tutti i cittadini richiedenti. C'è da promuovere integrazione nella stessa organizzazione interna dei servizi, che soffre spesso di separatezze e dislivelli qualitativi tra settore e settore. L'offerta universalistica deve rimanere tale anche sul fronte della qualità delle prestazioni.

#### *1.2.2.1. Alcune indicazioni di lavoro*

Questo è un altro settore strategico, sul quale la vigilanza, l'impegno, la capacità di proposta devono connettersi profondamente con l'analisi delle esigenze dei cittadini: sono da implementare tutte le iniziative di ricerca e sondaggio sui fruitori dei servizi.

I questionari sulla qualità, le segnalazioni alle Urp, le lamentele non formalizzate, ma percepite durante la presenza nelle strutture, devono essere analizzate e divenire strumenti di pressione sulla dirigenza e materiale per la programmazione, sviluppando quindi una rinnovata capacità di elaborazione del volontariato.

#### **1.2.3. Le politiche strutturali**

È evidente che esiste un nodo ancora superiore, che è quello relativo alle scelte complessive di politica sociale e sanitaria, che rappresentano lo scenario rispetto alle quali i due livelli, sopra rappresentati, si muovono.

La responsabilità del volontariato, come abbiamo già detto, è nella direzione del cambiamento e questo deve indirizzare le scelte e le modalità di rapporto con gli amministratori, tanto da condizionarne l'approccio, che non può essere autoreferenziale o autopromozionale.

Siamo in un momento in cui c'è un'eclissi della dimensione politica, soprattutto riguardo alla capacità dei diversi soggetti di superare la logica della rivendicazione, senza una complessiva preoccupazione per il bene comune.

Confronto, concertazione, cooprogettazione devono essere invece le bandiere dell'azione volontaria, che deve creare il massimo di comunicazione possibile con gli altri protagonisti del mondo della salute.

La contaminazione dei saperi, delle sensibilità, delle professionalità, devono essere la ricchezza da offrire al dibattito sulle prospettive della sanità nel nostro paese da parte del volontariato, che non ha costitutivamente, e non deve avere, interessi da preservare.

In questo caso il volontariato deve utilizzare gli strumenti previsti non solo da D. leg. 502/92, soprattutto a livello di consultazione regionale, ma anche della legge 142 relativi alla partecipazione popolare (art. 6-7).

Peraltro una visione tecnicistica degli indicatori di qualità, avulsi cioè dalla costruzione di percorsi di miglioramento, ma enfatizzati nella loro dimensione meramente funzionale, ha inibito fortemente la partecipazione. Una ricerca empirica del Centro nazionale del Volontariato<sup>3</sup> fa emergere la scarsa partecipazione ai Comitati consultivi misti ed ai Comitati etici, previsti dalle Carte dei servizi.

Questi ultimi sono un ulteriore spazio di presenza efficace, tanto più in una fase in cui i temi connessi alla libertà di scelta del malato, sono spesso affrontati in maniera giudiziaria. Il ruolo di un volontariato consapevole può essere anche quello di un orientamento etico delle professionalità sanitarie, che indubbiamente soffrono di un deficit culturale in questa fase.

#### *1.2.3.1. Alcune indicazioni di lavoro*

La partecipazione è quindi un grande contenitore ideale, che non va ridotto alla elaborazione di proposte da confrontare con il solo ente locale, ma che devono divenire momento di confronto, di informazione e di riflessione per tutti i soggetti coinvolti e per la comunità locale.

Bisogna anche creare significative sinergie tra associazioni di volontariato e associazioni di tutela dei diritti, proprio nella direzione di costruire percorsi di miglioramento efficaci e condivisi, a partire dalle proprie esperienze e competenze specifiche.

E' chiaro che questo tipo di impegno è irto di difficoltà, tanto da apparire utopistico, ma se l'alternativa diventa una presenza silenziosa dentro i servizi, che si

---

<sup>3</sup> R. Caselli ed altri, "Qualità dei servizi sanitari, ruolo del volontariato e delle altre forme di privato sociale".

limita a difendere i propri immediati spazi di azione, ci si deve porre l'interrogativo sul senso della propria azione.

#### **1.2.4. L informazione e sensibilizzazione della comunità**

L'azione volontaria deve quindi, per quanto è possibile, agire sui due fronti della comunità e delle istituzioni locali.

L'informazione e la sensibilizzazione di tutti i soggetti della comunità, sono obiettivi rilevanti, in quanto a volte la mancata tutela dei diritti dei soggetti deboli, nasce anche da una diffidenza sociale diffusa in un territorio. Il caso dei nomadi è in questo senso illuminante: le strutture hanno lo stesso atteggiamento dei cittadini e, quindi, se si vuole veramente integrare, vanno sciolti i conflitti a tutti i livelli.

##### *1.2.4.1. Alcune indicazioni di lavoro*

Per raggiungere questi obiettivi bisogna utilizzare gli strumenti dell'informazione, per creare spazi alternativi ai luoghi comuni ed alle semplificazioni che sono dominanti in questi argomenti.

E' necessario, in questi casi, il supporto delle professionalità specifiche, di capacità di utilizzo degli strumenti della comunicazione per trovare gli spazi per una informazione alternativa ed efficace. A volte c'è il rischio di rimanere a livello di buoni sentimenti, quando invece vanno affermati diritti e denunciate le loro violazioni.

Anche a livello di informazione legata alla prevenzione, alla educazione sanitaria riteniamo si debba esplicitare un'azione del volontariato.

Il volontariato non esercita, forse, tutta la sua forza culturale e politica, perché rischia di non comunicare: oltre il fare, c'è il comunicare non solo le proprie iniziative, ma i problemi e le istanze e la sensibilità maturata in riferimento al proprio ambito di servizio. Anche in questo settore bisogna mettere insieme le diverse realtà operanti, nonché le professionalità della comunicazione, per sviluppare opportune sinergie.

#### **1.2.5. Territorio e salute**

Il volontariato non si occupa della salute solo in riferimento alle strutture sanitarie, ma anche alla persona ed al suo territorio.

Nella storia del superamento delle istituzioni totali e chiuse, nonché della territorializzazione e della domiciliarità dell'intervento sociosanitario, l'esperienza del volontariato è stata e resta preziosa e innovatrice.

Ovviamente oggi vi è una rete più fitta di servizi, ma le modalità introdotte dal D. leg. 502/92, ponevano la questione dello scivolamento di alcune funzioni di cura – prima garantite dall'ospedale, soprattutto nelle fasi post - acute – verso le famiglie ed il territorio - connessa anche alla riduzione dei posti letto - che colpisce soprattutto i soggetti deboli.

Si pongono, in questo senso, varie questioni: la prima sulla filosofia complessiva del drg, che forse in alcuni casi, più che produrre un risparmio, produce una diversa imputazione dei costi, a volte sulle famiglie, a volte su diverse strutture – magari di carattere sociale – a volte, nei casi di riacutizzazione delle patologie causate da precoci dimissioni in condizioni di non protezione dei pazienti – sullo stesso servizio sanitario. Emerge la necessità di una riflessione e di una seria analisi di questo meccanismo, perché i costi delle prestazioni non possono essere disgiunti dai benefici prodotti, tanto più in un contesto di cura.

D'altro canto, la stessa azione volontaria deve lavorare per l'integrazione nel territorio tra le prestazioni sociosanitarie verso soggetti deboli ed assumerne sempre più le conseguenze sul piano operativo. Il criterio della *continuità di cura tra strutture e territorio* deve essere rafforzato e divenire uno degli assi che orienta la programmazione degli interventi.

#### *1.2.5.1. Alcune indicazioni di lavoro*

C'è una domanda di salute proveniente dal territorio, che impone una riconversione secondo il bisogno di salute che si sta affacciando. Per queste ragioni la capacità di rappresentare i cittadini, di svolgere una funzione di raccordo con le istituzioni, nonché di elaborare politicamente nella direzione dell'innovazione, deve divenire tipica del volontariato, proprio per le sue caratteristiche e le sue motivazioni.

Bisogna fare uno sforzo di superamento degli eventuali particolarismi associativi, al fine di elaborare linee comuni e svolgere un'azione formativa sul territorio, nella scuola, a partire da un approccio concreto e operativo riguardo ai diritti, ai doveri e responsabilità dei cittadini, che promuova una modalità nuova di educazione alla cittadinanza attiva.

Anche la formazione alla prevenzione, connessa ai personali e collettivi stili di vita, è in fondo un comportamento non solo responsabile, ma anche civico, che fa sperimentare in concreto che la propria libertà è positivamente condizionata da obblighi sociali, che non sono solo limitazione, ma il fondamento di una reciprocità che fonda la comunità locale. Ma la reciprocità non è che il volto in-

mediato della solidarietà, vale a dire non solo un riconoscimento utilitaristico di obbligazioni reciproche, ma anche il riconoscimento di una medesima appartenenza umana.

Riteniamo che uno spazio di presenza formativa del volontariato nella scuola, anche alla luce delle recenti riforme, possa fornire un approccio innovativo ed efficace ai temi dell'educazione all'esercizio dei diritti di cittadinanza.

Sul piano della formazione del volontariato invece, vanno approfondite le connessioni tra l'attenzione alla persona, la necessità di una formazione tecnica di base e la conseguente dimensione politica del proprio agire.

Dimensione politica significa anche non rimuovere dal proprio orizzonte di impegno la possibilità di forme di contrasto con i soggetti gestori pubblici e privati, qualora le forme di legittima e motivata pressione fossero del tutto inefficaci.

Questa possibilità deve condizionare sempre l'azione del volontariato, il quale deve rifuggire da rapporti privilegiati o di scambio anche quando il beneficiario è un soggetto o una categoria di soggetti deboli. Il volontariato agisce per affermare diritti, non per pietire favori, né per se né per altri. Deve essere sempre libero di parlare, forte della propria autorevolezza, credibilità e autonomia.

Questo lo rende capace di essere una presenza efficace per il cambiamento.

### **1.3. I SOGGETTI DEBOLI: ANALISI DI ALCUNE TIPOLOGIE**

#### **1.3.1. Fare emergere i bisogni di salute**

Il volontariato, per i suoi valori e la sua collocazione non asimmetrica rispetto ai pazienti, gode della opportunità di poter cogliere i bisogni di salute a partire dalle dinamiche dei soggetti deboli, senza eccessivi filtri e precomprensioni.

Tutto questo è una grande risorsa in quanto consente, se è davvero la persona il destinatario dell'intervento sanitario, di collaborare positivamente nella elaborazione di percorsi di cura che tengano conto del bisogno di salute così come è percepito. A volte la difficoltà è fare emergere effettivamente il bisogno, tradurlo in una domanda comprensibile ed efficace, per orientare in maniera razionale ed economica per la struttura e soddisfacente per il richiedente.

Il tentativo che faremo nei successivi paragrafi è di abbozzare alcuni elementi relative alle condizioni di soggetti deboli, così come emerge dall'esperienza di alcune realtà di volontariato.

Senza nessuna pretesa di esaustività, si vuole cominciare a fornire qualche indicazione sia generale - sulle difficoltà oggettive e psicologiche delle persone che accedono e degli operatori - sia specifica rispetto ad alcune tipologie di soggetti deboli.

#### *1.3.1.1 Difficoltà della persona ad accedere ad un servizio*

- La persona non ha la possibilità di scegliere l'operatore con cui relazionarsi, ma è obbligato a rivolgersi a quello che in quel momento è di turno. Come si può in questa condizione intrecciare e mantenere un rapporto di fiducia, una relazione efficace e significativa? Come si connette tutto questo alla libertà di scelta del paziente?
- Nel nostro sistema sanitario è di fatto impossibile per il cittadino - utente esprimere la propria reale opinione circa le proposte che gli vengono fatte dall'operatore - esperto (l'operatore è in posizione "up", il cittadino è in posizione "down").
- Come può il cittadino in questa situazione partecipare al processo decisionale, circa le scelte da operare per la propria salute?
- I valori di riferimento della persona, troppo spesso non sono considerati, né rispettati.
- Difficoltà di comprendere un linguaggio tecnico.
- Paura di essere "giudicato".
- Necessità del rispetto della dignità umana fino alla morte e di una qualità nell'accompagnamento nelle fasi terminali della vita.

#### *1.3.1.2 Difficoltà dell'operatore*

- Carenza di norme attuative della legislazione vigente
- Incapacità di garantire accessi liberi ad alcune tipologie di utenti (adolescenti, tossicodipendenti, senza fissa dimora) al fine di permettere che anche la fascia di cittadini che vive in modo più "sommerso", sia facilitata ed invogliata a portare al servizio.

- Necessità di garantire la diffusione capillare di “sportelli informativi” di libero accesso, aperti con orari prolungati, ai quali l’utenza può rivolgersi per capire a chi e dove indirizzare la propria richiesta di aiuto ed eventualmente, se necessario, essere aiutata a riformulare la propria richiesta.
- Necessità di garantire l’erogazione dei servizi con continuità, anche durante le festività e le ferie.
- Necessità di inventare approcci nuovi che tengano conto di prospettive e saperi diversi.
- Necessità di rispettare le diverse tradizioni di cura
- Necessità di una relazione che tenga conto delle resistenze dell’utente. Non è etico rifiutare la cura quando i comportamenti dell’utente non sono quelli attesi (vedi il rifiuto di prescrivere gli inibitori della proteasi se il malato di AIDS è un tossicodipendente attivo).
- Difficoltà di integrazione tra prestazioni diverse, che sfocia in una non reale presa in carico dell’utente, specie se si è in situazione di compresenza di più patologie.
- Accoglimento delle dinamiche connesse al born-out, attraverso una idea di professionalità che non rimuova il dolore e la sofferenza dell’altro, ma che li consideri parte integrate della unitaria presa in carico del paziente.

### **1.3.2. Analisi di alcune tipologie**

Come già detto, in questa fase di elaborazione del presente documento, ci sembra opportuno evidenziare soltanto alcune piste di riflessione senza entrare nel dettaglio delle singole questioni, rinviando ad un successivo sviluppo.

Le pagine successive saranno quindi l’enunciazione di alcuni temi, a nostro avviso significativi, in riferimento ad alcune tipologie di soggetti presenti nel PSN, senza alcuna pretesa di esaustività.

#### *1.3.2.1 Persone colpite da patologie irreversibili.*

Questi soggetti deboli, che non costituiscono una marginalità statistica, sono costretti a tutt’oggi a subire le attuali normative ospedaliere e territoriali alla ricerca di ciò che rappresenta per tutti gli utenti del SSN il diritto alla cura.

I ricoveri ospedalieri devono soddisfare principi di efficienza e di efficacia nella diagnosi e nella terapia difficilmente perseguibile in questi soggetti, pertanto l'applicazione corretta dei Drg e la mancanza di una completa pianificazione dell'assistenza domiciliare impedisce una adeguata risposta ai loro bisogni.

In alcune regioni sono in atto protocolli che prevedono la creazione di diversi livelli di assistenza: residenziale, domiciliare; ma la carenza di collegamento tra la struttura ospedaliera e la frammentata organizzazione del territorio, impedisce un'efficace interazione e coordinamento dei servizi offerti, quale risposta ai bisogni di questi soggetti deboli che appartengono, purtroppo, a quella categoria sita al secondo posto in Italia fra le cause di morte.

È quindi auspicabile che dal piano legislativo si passi alla definizione di protocolli operativi nei quali il volontariato, che da anni si occupa dell'assistenza a questi soggetti e delle cui problematiche ha un'ampia conoscenza, sia *l'interlocutore propositivo ed attuativo*. Ciò al fine di superare a breve la fase della sperimentazione e permettere la diffusione di modelli a livello nazionale che siano la continuazione delle esperienze in atto, già da anni collaudate e quindi espressione di concreta ed adeguata risposta.

Inoltre implementare queste esperienze di dialogo tra i diversi attori dell'assistenza (ente pubblico, medici di medicina generale, volontariato) affinché la realizzazione di una *rete di servizi* sia modellata sul territorio in cui opera e non il risultato di atti legislativi sradicati dal contesto.

#### 1.3.2.2. *Pazienti affetti da Aids*

Nonostante l'innegabile sforzo normativo di questi ultimi anni va ancora segnalata una difficoltosa accettazione del paziente in Aids conclamato da parte di molte strutture sanitarie.

In genere non si tratta delle strutture dedicate, ma di un approccio complessivo. In questo si riscontra il limite non già operativo, ma culturale degli interventi *dedicati* o di *eccellenza*, che rischiano di essere utilizzati quali alibi, a fronte di una carente accoglienza d'insieme del sistema sanitario.

Scarso orientamento alle strutture, difficoltosa conoscenza e applicazione delle normative, abusi riguardo alle norme di tutela e, ancora, comportamenti di rifiuto, sono visibili a partire dall'esperienza dei volontari.

Inoltre, su questo fronte, va riscontrato un problema generale di integrazione socio - sanitaria a livello locale, tanto più in una fase in cui l'approccio con i



pazienti in Aids dovrebbe continuare a mutare nella direzione dell'inserimento socio –lavorativo e non meramente assistenziale– conservativo.

Rimane peraltro ancora da sciogliere la questione delle persone detenute affette da Aids, le quali subiscono trattamenti differenziati territorialmente e in una complessiva confusione di applicazione delle normative, senza che si garantisca effettivamente il diritto alla cura.

### 1.3.2.3. *Immigrati e salute: i percorsi per una possibile tutela*

Indubbiamente lo stereotipo dell'immigrato portatore di malattie è duro a morire nell'immaginario collettivo nostrano. Questo tipo di pregiudizio è diffuso, in parte, presso gli stessi operatori sanitari, seppure il mito è poco fondato sia per un'evidenza logica, che è quella che solo soggetti sani possono tentare un progetto migratorio, sia per un'evidenza empirica, che indica la realtà di problemi di salute insorti nel paese ospite.

E' evidente, invece, come il corto circuito tra fattori sociali e sanitari creano le condizioni di sviluppo per le *patologie da povertà* nelle prime fasi del processo migratorio.

La fase successiva dell' *accesso ai servizi*, complica ulteriormente il quadro, in quanto innanzi tutto vi è una questione di sistema valoriale e di modello culturale di riferimento del soggetto immigrato, che condiziona l'elaborazione della percezione dei bisogni sanitari individuali. Inoltre servizi assenti, invisibili, difficilmente raggiungibili per collocazione fisica, oraria, modalità amministrative di accesso, possono divenire ostacoli insormontabili per il soddisfacimento dei propri bisogni.

Un'ultima fase, quella delle diseguaglianze nella fruizione dei servizi, non è ancora stata raggiunta dagli immigrati ospiti del nostro paese, data ancora la relativa brevità dei periodi di permanenza. Ma è chiaro che questa prospettiva non può essere ignorata, dato che le diseguaglianze sociali nella salute, in tutti i paesi occidentali sono *consistenti, strutturali e persistenti* e quindi, non potranno non riguardare gli immigrati.

Si riscontra una minore attenzione ai bisogni collettivi della comunità territoriale, centrando il focus operativo sulla figura dell'utente - residente. Questo arretramento dal territorio, ha provocato a volte una non presa in carico di quelle situazioni epidemiologiche di soggetti – quali gli immigrati, ma anche le comunità nomadi – pur portatori di bisogni di salute, ma non riconducibili ad un criterio di legittima residenza. Le previsioni legislative avrebbero pure risolto questo problema, ma una visione eccessivamente aziendalistica di molti amministratori, le ha oggettivamente svuotate.

Tutto questo crea grossi problemi alla prevenzione ed alla cura *delle malattie infettive diffusive, in particolare della tubercolosi*, che vede livelli di rischio

per gli immigrati 10 volte superiori rispetto a quelli dei cittadini italiani, riguardo alla quale vanno affermati e diffusi protocolli di ricerca dei casi.

Connessa a questo va sottolineato la *necessità di programmi di promozione della salute, che riguardino politiche efficaci di integrazione e di protezione sociale* sui temi della sicurezza e igiene del lavoro, della casa, dell'alimentazione e delle occasioni di socializzazione.

#### *1.3.2.4. Anziani: il dramma dei pazienti cronici non autosufficienti*

Il tema della tutela dei diritti degli anziani in sanità non può non essere aperto a partire dal dramma degli anziani cronici non autosufficienti: si susseguono, ad esempio, le dimissioni dagli ospedali di malati veri, affetti da malattie cronico-degenerative e incapaci di provvedere autonomamente a se stessi.

Può sembrare retorico ma in questo caso, siamo spesso oltre l'esclusione, ma nella segregazione di una stagione di vita.

A fronte di uno scarso approccio preventivo, una difficoltosa attività di cura, una pressoché inesistente attività riabilitativa, nel caso degli anziani cronici non autosufficienti, in particolare quelli meno provvisti economicamente, si assiste all'avvio per lo più su i binari di una *eutanasia d abbandono*. In questo caso sono rari anche i servizi di eccellenza pubblici, e le debolezze delle famiglie, del sistema sanitario, dell'intervento sociale territoriale si scaricano brutalmente su questi soggetti.

In alcune regioni, in maniera quasi periodica, si scoprono gli ospizi-lager, ma spesso la normale analisi dei periodi di permanenza degli anziani lungodegenti, nelle strutture dedicate, fa comprendere che si tratta di percorsi senza uscita.

Solo a partire da questo tema, nella consapevolezza di non poter ridurre l'analisi alla sola condizione dei pazienti cronici, si può affermare la necessità di:

- garantire effettivamente il diritto alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione;
- implementare le attività di integrazione socio-sanitaria, in particolare nel settore dei servizi domiciliari sanitari, in forme organizzative nuove ed efficienti;
- incrementare i servizi di accompagnamento e di orientamento;
- controllare efficacemente gli standard operativi delle strutture per persone non autosufficienti

#### *1.3.2.5. Disabili*

I disabili rappresentano un'importante categoria di soggetti deboli, sui quali il sistema di pagamento derivante dall'aziendalizzazione della sanità (D. leg. 502/92) troppo spesso dimentica le esigenze particolari, che richiederebbero maggiori risorse, affinché non venisse disincentivata la cura e la riabilitazione. Situazione che purtroppo si verifica nella maggioranza dei casi, proprio perché questi malati, vengono considerati non remunerativi per il bilancio aziendale.

Quando poi le disabilità derivano da malattie rare, si aggiunge per questi malati la difficoltà a conoscere le cause e le terapie, in quanto la ricerca non presta attenzione a tali malattie, anch'esse non remunerative.

La disabilità mentale e plurima costituisce la stragrande maggioranza del totale. In questi casi è assolutamente necessario che il servizio sanitario tenga conto delle esigenze particolari connesse con la "doppia diagnosi", privilegiando la presenza dei familiari, delle loro associazioni, dei volontari che si dedicano a questa particolare fascia di popolazione, molto estesa e insieme molto nascosta, che non è neppure in grado di esprimere validamente le sue esigenze.

Deve essere adeguatamente il volontariato dei genitori e dei parenti che, all'interno delle associazioni, si occupano non soltanto dei propri familiari disabili ma anche di quei disabili che non hanno più nessuno (Dopo di noi), e di quelli che non sono in grado di tutelare adeguatamente i loro cari.

In conclusione, queste associazioni debitamente riconosciute, sarebbero in grado di costituire nento di un programma speciale innovativo, un punto di riferimento per il miglioramento della qualità di vita dei disabili, sia sensoriali, sia motori, che mentali e plurimi, nonché proseguire la vigilanza sui servizi erogati dall'ente pubblico, affinché siano adeguati alle esigenze speciali dei disabili.

#### *1.3.2.6. Detenuti*

Il ruolo del volontariato in carcere diventa indispensabile in contesti di salute non solo per quanto può svolgere in presenza di reali patologie, ma anche – e forse prioritariamente – per quella vigilanza e capacità di denuncia che sa far emergere l'insufficienza (qualitativa e organizzativa) della sanità penitenziaria. In un momento in cui il carcere rischia di diventare un grande "lazzaretto" per sovrappopolazione, carenze igienico-sanitarie e per l'acutizzarsi di problematiche sanitarie legate alla tossicodipendenza e all'Aids, è indispensabile che il volontariato resti elemento vigile affinché i primordiali diritti della persona non vengano negati e limitati dalle condizioni di restrizione delle libertà.

Non è accettabile, da questa prospettiva, che il detenuto resti cittadino di serie B in contesti di salute; così come non può essere considerata sufficiente la condizione detentiva per ridurre le capacità sanitarie, preventive e riabilitative delle istituzioni pubbliche.

Diventa urgente, in quest'ottica fare in modo che il volontariato possa dilatare il proprio servizio in carcere e diventare partner che accompagna quelle trasformazioni, che stanno trasferendo al S.S.N. le competenze sanitarie del carcere.

E' questa una sfida che vale la pena attraversare e percorrere per dare alla civiltà il senso della giustizia e perché si possano superare quegli scorpori e quelle ghetizzazioni di problematiche complesse, che indeboliscono la qualità dello sviluppo e il livello di civiltà.

Così inteso il ruolo di assistenza e di cura che il volontariato svolge in carcere assume *anche* la dimensione critica e propositiva, affinché l'istituzione si pieghi al diritto e non viceversa.

#### **1.4. PER UNA CULTURA DELLE RELAZIONI**

Quanto sopra detto ci induce a sostenere la necessità di un'azione volontaria ancora necessaria nell'accompagnamento, stimolo, confronto, critica verso il complesso delle strutture sanitarie, al fine di avviare una fase in cui la dimensione della relazione con la persona, tipica dell'esperienza del volontariato, divenga paradigma organizzativo, oltre che stile condiviso. Quanto verrà più oltre affermato, vuole essere una indicazione di marcia, tratto in buona parte da una riflessione di Andrea Alesini, direttore generale in una Ausl romana fino alla sua morte, in un percorso che vede il volontariato quale elemento non solo *di* cambiamento, ma anche *in* trasformazione, per essere in grado di svolgere fino in fondo il suo ruolo.

##### **1.4.1 La relazione tra fiducia e coscienza**

Un brano della Carta degli Operatori sanitari edita dal *Pontificio Consiglio della pastorale per gli operatori sanitari* nel 1994, riporta una significativa riflessione sulla umanizzazione dei servizi sanitari:

“L'attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale, di natura particolare. Essa è un incontro tra una *fiducia* ed una *coscienza*. La *fiducia* di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognoso, il quale si affida alla *coscienza* di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo.

Questo è l'operatore sanitario.

Per lui l'ammalato non è mai soltanto un caso clinico – un individuo anonimo sul quale applicare il frutto delle proprie conoscenze – ma sempre un uomo ammalato, verso cui adottare un sincero atteggiamento di *simpatia*, nel senso etimologico del termine.

Il che esige amore: disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, benevolenza, pazienza, dialogo. Non basta *la perizia scientifica e professionale*, occorre “*la personale partecipazione alle situazioni concrete del singolo paziente*”.

Il paziente deve essere quindi, *accolto* dalla struttura e dal personale sanitario, in maniera complessiva.

Ma cosa intendiamo per accoglienza?

1. Accoglienza vuol dire *prendersi cura*;
2. Accoglienza vuol dire *ascolto*;
3. Accoglienza vuol dire *informazione*;
4. Accoglienza vuol dire *partecipazione*.

## 1.4.2. Strategie

Dalla precedente delimitazione degli aspetti dell'accoglienza derivano certamente le seguenti articolazioni delle strategie organizzative:

### 1.4.2.1. *Prendersi cura*

*Prendersi cura* del soggetto e dei soggetti che hanno bisogno, significa far vivere l'organizzazione, gli atteggiamenti ed i comportamenti di tutti in modo coerente con questo.

In ogni momento di contatto con il cittadino deve accendersi quella scintilla idonea a farlo stare a proprio agio, ad accompagnarlo in un percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, dove lui è il protagonista attivo della propria salute e dove deve trovare intorno a sé tutte le attenzioni, sia tecnico - professionali che umane e spirituali, che gli permettano di reagire positivamente alla sofferenza, viverla nel migliore dei modi e gli permettano anche di avere, più velocemente possibile, dalle équipes sanitarie, una conoscenza del problema finalizzato a prendere le decisioni più idonee.

Far girare quindi l'organizzazione in modo da stare intorno al paziente, qualunque sia il suo problema di salute e non viceversa far girare il paziente intorno alla organizzazione in un pellegrinaggio da sportello a sportello, da ambulatorio ad ambulatorio, autonomamente, da solo, in modo spesso disorientante, dove la libera scelta viene confusa con un districarsi in una giungla.

Non si deve altresì omettere la questione dei soggetti che, praticando comportamenti nocivi per la propria salute, accettano soltanto una parziale modifica dei propri comportamenti.

Il tema della “cura della vita” o della “riduzione del danno”, anche a fronte di comportamenti autolesivi, non può essere omesso dall’orizzonte della nostra riflessione, proprio perché la funzione di ponte che il volontariato spesso assume, tra domanda di salute e strutture, connota fortemente l’identità del volontariato sanitario. Senza volere affermare una definita linea di intervento, riteniamo questo un ambito rispetto al quale siano da evitare posizioni pregiudiziali, lasciando spazio al confronto ed alla riflessione comune.

Tutelare efficacemente il diritto alla salute vuol dire offrire “percorsi” efficaci e snelli e attivare protocolli dei quali in ogni momento deve essere coinvolto il paziente stesso, garantendo effettivamente il diritto al *consenso informato*, nelle forme più consone alle sue condizioni psico-fisiche ed alla sua dignità.

In riferimento all’ultima questione sopra evocata, va segnalato che secondo alcune indagini – svolte attraverso la distribuzione di questionari a persone ricoverate – il consenso informato, nell’80% delle risposte non si sa cosa sia, oppure nel 59% dei casi non trova nel medico di reparto una risposta confacente alle aspettative dell’utente.

Riteniamo che questa sia una questione da evidenziare, in quanto la normativa in materia non può essere ridotta solo ad una forma di tutela del personale sanitario, ma anche quale forma di informazione chiara ed esaustiva al paziente.

#### 1.4.2.2. *Ascolto*

*Ascolto* significa essere disponibile a sentire il bisogno espresso nella domanda di prestazioni, dietro la quale c’è sicuramente una sofferenza o una preoccupazione che fa scaturire il bisogno espresso. E questo avviene in modo non sempre lineare o palese. Anzi le “orecchie” delle strutture sanitarie devono essere sviluppate, potenziate, raffinate nella loro sensibilità. Questo presuppone una organizzazione ed un atteggiamento diffuso che non è ancora patrimonio condiviso.

Presuppone anche la necessità di organizzare una *uscita* dei servizi verso le zone di popolazione *nascoste*, che per condizioni sociali, economiche, razziali, culturali non arrivano a *parlare* con i servizi.

*Uscita* significa *offerta attiva* in primis di ascolto e poi di servizio.

Dal punto di vista metodologico abbiamo ormai un lodevole e qualificato punto di riferimento negli “operatori di strada” per la riduzione del danno da infezione da HIV e da AIDS, che andrebbe conosciuto, studiato ed imitato per molte altre patologie e gruppi di bisogno dei nostri servizi.

#### 1.4.2.3 *Informazione*

*Informazione* significa trasmettere conoscenze e informazioni utili alla partecipazione del paziente alla diagnosi del suo bisogno di salute, alla sua cura e possibilmente guarigione, alla sua riabilitazione ed alla prevenzione.

Questo significa decodificare le informazioni ed adattarle alle singole situazioni, mettendosi *nei panni del paziente*, che ha sempre bisogno di sapere *cosa, come, dove* e spesso *perché*, degli interventi che gli vengono offerti.

Informare correttamente significa poi trasparenza, che si trasforma in forza operativa per la stessa riuscita dell'azione sanitaria, quindi per avere migliori risultati e maggiore soddisfazione a tutti i livelli.

#### 1.4.2.4. *Partecipazione*

*Partecipazione* significa far entrare concretamente i singoli e le associazioni dentro il sistema e farglielo vivere, come è realmente, come il *loro* sistema.

Quindi favorire e promuovere sia la partecipazione dei singoli, che quella dei gruppi organizzati e delle istituzioni che rappresentano i cittadini ed i pazienti.

Non avere paura delle critiche, delle denunce, delle segnalazioni di disservizi, della *intrusione* nelle pieghe dei servizi, anzi considerare tutto questo una risorsa in più che abbiamo per governare gli stessi e renderli di qualità superiore e quindi anche più competitivi.

Ormai è esperienza diffusa, non solo per noi, che in molti casi, le associazioni dei pazienti e di volontariato sono portatrici di un sapere utilissimo alla correzione delle storture, degli errori ed al miglioramento della qualità, un sapere vissuto sulla propria pelle e frutto di esperienze decennali di sofferenza, quindi anche attento ad aspetti che sfuggono all'operatore sanitari. Il rapporto con queste realtà provoca risultati tangibili di modifica di strutture, di organizzazione e di processi.

#### 1.4.2.5. *Azioni concrete*

Bisogna partire da tutti i livelli delle strutture e dei processi, in particolare da:

- le azioni formative;
- la riorganizzazione degli sportelli che a qualsiasi titolo sono in contatto con il pubblico, in particolare le postazioni degli *Uffici di relazione con il pubblico*;

- gli ambulatori;
- le sale di degenza e operative;
- le offerte attive e mirate alla fasce di popolazione più esposte e più silenziose;
- le strutture.

#### *1.4.2.6. Valutazione*

Tutto questo deve essere valutato nel suo sviluppo e nei suoi risultati. Quindi è necessario attivare un monitoraggio continuo e periodico attraverso strumenti idonei, che coinvolgano pazienti e cittadini.

L'analisi partecipata della qualità, è un metodo che va sperimentato, incrementato e rispetto al quale vanno investite risorse.

Su un altro versante è necessario poi acuire la capacità di ascolto e quindi di verifica - valutazione che devono avere gli uffici relazioni con il pubblico.



## 2. Identità e realtà del volontariato

In questi ultimi anni vi è stata una crescente visibilità del fenomeno del volontariato, tanto più in connessione con l'affermarsi di una area di Terzo settore, composta da soggetti sociali vecchi e nuovi, che accomuna le cooperative sociali, le fondazioni, le associazioni mutualistiche, le associazioni sociali e altri enti no profit (come ad esempio le ipab). In particolare l'impresa sociale ha assunto una rilevanza crescente, divenendo ormai uno degli elementi del sistema di welfare state italiano, sul fronte della erogazione dei servizi.

Peraltro in questo settore, l'assenza di una disciplina legislativa nei confronti dell'associazionismo sociale, a differenza della codificazione intervenuta nel 1991 riguardo al volontariato e alle cooperative sociali, non ha contribuito a chiarire i confini tra forme quali il volontariato e l'associazionismo vero e proprio<sup>4</sup>.

Si è aperto quindi un problema di definizione, in quanto la transizione che si è verificata – in alcuni casi – da realtà di volontariato e di associazionismo vero e proprio a soggetti imprenditoriali, seppure a carattere sociale, ha posto la questione delle differenze tra realtà con sicuri punti in comune, ma anche con rilevanti diversità.

Il Terzo settore è certamente un contenitore all'interno del quale vi sono sia elementi di unità, sia elementi di sostanziale differenza.

Di sicuro in un contesto di welfare mix, vale a dire di un sistema di protezione sociale dinamico, che vede i soggetti promossi dalla società civile sedersi sempre più in maniera significativa ai tavoli istituzionali, al fine di condividere i percorsi sia decisionali che operativi delle politiche sociali, il Terzo settore è, complessivamente, un soggetto all'interno del quale rinvenire i valori della solidarietà sociale, della partecipazione civile, del rapporto con le realtà locali.

Ma in questo arcipelago, il volontariato rappresenta una specificità per il valore della gratuità insito nel suo agire. Il rischio di una omologazione della società al mercato, di una mercantilizzazione di ogni attività umana (comprese le attività di cura), di un pensiero unico neoliberista, deve rendere avvertiti riguardo alla importanza di tutelare gli ambiti in cui

---

<sup>4</sup> Al momento della chiusura del testo si era finalmente concluso l'esame della Commissione Affari Costituzionali della Camera del progetto di legge sull'Associazionismo.

la dimensione del dono, della gratuità è centrale, proprio per il suo essere valore e risorsa per tutta la società, globalmente intesa.

Non certo in senso residuale, ma quale dimensione centrale nella vita di ogni persona: se, infatti, il paradigma del vivere fosse solo lo scambio, la perfetta reciprocità, l'onerosità di ogni relazione umana, questo non fonderebbe una comunità, ma – al massimo – un mercato.

Ma l'indisponibilità assoluta a ogni forma di transazione, in qualche senso, economica, della vita umana, dell'universo degli affetti, dei valori che fondano, nonostante tutto - l'essere comunità, pone come centrale il valore della gratuità e del dono.

*All'interno non solo del Terzo settore, ma di tutti i settori che compongono il nostro sistema paese, la mera esistenza di gruppi di persone che in maniera libera e consapevole, offrono il proprio tempo, la propria professionalità, la propria affettività, in una qualche misura, la propria vita, per essere a servizio della comunità, ci ricordano che alla radice della vita di ognuno c'è un dono che è la vita stessa.*

**L'art. 2 della nostra Costituzione lega insieme, non casualmente, il riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo, la garanzia delle formazioni sociali ove si realizza la sua personalità con l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale. A voler significare che il legame sociale, che tiene insieme i mondi che compongono il sistema paese è la solidarietà, a cui tutti siamo chiamati, non solo nella comunità locale e nelle formazioni sociali, ma anche nell'economia e nella politica.**

*La solidarietà, la gratuità, il dono, il riconoscimento dell'altro, non sono quindi buoni sentimenti individuali, ma valori da declinare ovunque: il volontariato è uno spazio che fa sperimentare in maniera semplice ed immediata tutto questo. Senza mai dimenticare che l'assunzione di responsabilità del volontariato, non corrisponde ad una devoluzione di responsabilità pubblica, ma ad una collaborazione leale, dentro un sistema che tende a creare una comunità solidale”.*

*Il volontariato è quindi una riserva etica, non perché perfetta incarnazione di questi valori, ma perché rappresenta in maniera simbolica e concreta che in termini etico-religiosi - la libertà dell'uomo si costruisce anche nel donarsi gratuitamente e in termini sociali nel riuscire a costruire socialità, al di fuori dei condizionamenti del mercato e in maniera originale e autonoma rispetto allo stato.*

Se il Terzo settore volessimo rappresentarlo come un *continuum* di soggetti il volontariato è un *prius*, non perché eticamente superiore, ma in quanto i valori di gratuità, solidarietà, libertà, sono in esso potenzialmente non condizionati dai diversi fattori giuridici, organizzativi ed economici.

L'associazionismo sociale, sempre in questa rappresentazione, è un *posterius* perché afferma questi valori, condizionandoli ad una appartenenza, che crea un vincolo innanzitutto tra gli associati. Rappresenta comunque una grande risorsa per la collettività, in quanto enfatizza la dimensione dell'associarsi liberamente, nonché la costruzione di spazi di comunità, di relazioni e, anche, di servizi, non sottoposti al mercato né allo stato, nelle sue diverse articolazioni.

L'impresa sociale è invece addirittura dentro il mercato, in quanto impresa – seppure sociale – e porta in questo ambito la sfida di coniugare efficienza, efficacia e solidarietà. In questo senso l'impresa sociale porta avanti un impegno di grande valore, in quanto la centralità della persona umana, quale utente e operatore – in particolare nelle cooperative sociali – deve essere affermata da una parte con un sforzo verso la qualità, organizzativa e relazionale, del proprio intervento, dall'altra con la valorizzazione delle proprie risorse umane.

**Appaiono evidenti gli elementi comuni, le continuità tra l'una e l'altra realtà ed, anche, la naturale necessità di individuare terreni comuni di confronto e di sinergia, al fine di affermare valori condivisi.**

Giustamente Ugo Ascoli afferma che, nel caso del volontariato e dell'impresa sociale *“entrambe, sebbene su scale diverse, hanno il problema di dover conciliare lo svolgimento di un compito di servizio con il mantenimento dell'identità culturale originaria. In termini più generali ( ) proprio la conciliazione di identità e servizio costituisce l'elemento caratterizzante e distintivo dell'impresa sociale, che la differenzia rispetto ai modelli organizzativi propri di un'azienda privata lucrativa o di una burocrazia pubblica”*.<sup>5</sup>

**In particolare, a fronte dei rischi di strumentalizzazione che l'impresa sociale subisce - a causa dei processi di tendenziale ritirata del pubblico - nonché di omogeneizzazione dei comportamenti e dei modelli organizzativi a quelli del privato commerciale e di ibridazione dei valori di riferimento<sup>6</sup>, non si deve opporre una sorta di Aventino culturale del volontariato, ma accompagnare i processi di transizione complessivi del Terzo settore, nel massimo di schiettezza e di simpatia possibile, verso soggetti che rappresentano in termini di valori e di storie personali spezzoni della propria**

---

<sup>5</sup> Ugo Ascoli, **Il Welfare futuro**, Carocci editore, 1999, pag. 21

<sup>6</sup> Ugo Ascoli, op. cit., pag. 16. Vedi anche il n. 39/1998 di **Impresa sociale**, nonché , a cura di Mariano Bottaccio, **Tutti al centro. Volontariato e Terzo settore in un paese normale**, Roma Edizioni minimum fax, 1999.

**identità. Si tratta di affrontare un impegno di lungo periodo in cui sono *Grandi i pericoli e le ambiguità, incerti gli esiti, affascinanti gli obiettivi.*** <sup>7</sup>

**Per converso il Volontariato non può essere già relegato nel Museo dell'impegno sociale, quale forma preistorica di aggregazione e di intervento, ormai votata all'estinzione. Può essere che nel futuro questo accada e dovremo tutti constatarne il decesso: ma fino ad allora pur accettando analisi critiche, anche severe, di questo fenomeno dovrà essere considerato una risorsa per il paese, da rispettare e tutelare da camuffamenti e omologazioni.**

*Infatti, se venisse meno il volontariato, tutto questo non sarebbe una perdita per le sole agenzie di riferimento, ma una grave sconfitta per tutti coloro che credono in un'idea non procedurale di democrazia e un danno per il paese, almeno fino a quando questo non sia divenuto davvero una comunità solidale.*

## **2.1. IDENTITÀ DEL VOLONTARIATO**

Riflettere, quindi, sull'identità del volontariato, è utile al fine di evitare omologazioni e semplificazioni, che impediscono una serena e trasparente analisi di quanto si muove in quest'ambito, tanto più in una fase di crescita della cosiddetta economia civile.

Definire non serve a dividere e contrapporre, ma a distinguere e chiarire.

Ne' si vuole, in questa sede, proporre una dettagliata disamina del tema, ma affermare alcuni criteri di fondo, per consentire un orientamento di massima.

Un primo criterio va sicuramente affermato: non è la presenza di volontari in un'organizzazione, che la rende automaticamente di volontariato, ma la rispondenza della sua struttura e del suo intervento ad alcuni elementi di fondo, propri della sua natura. In particolare vanno segnalati:

- la spontaneità
- la gratuità
- il servizio agli altri
- la continuità
- la democraticità delle forme organizzative

L'identità del volontariato si definisce anche dai suoi ruoli:

- di *individuazione* dei bisogni emergenti
- di *anticipazione* nella risposta a bisogni emergenti

---

<sup>7</sup> Ugo Ascoli, op. cit., pag. 22

- di stimolo e contatto delle istituzioni pubbliche a *tutela dei diritti* dei cittadini
- di *integrazione* dei servizi esistenti, pubblici e privati
- di formazione della *cultura della solidarietà* e delle reti informali di solidarietà di base

Il volontariato ha quindi, in questo senso, una valenza politica, nel suo ruolo di stimolo delle pubbliche istituzioni, con un apporto di cambiamento culturale e politico alla vita sociale. Il volontario è un cittadino che prende sul serio la dimensione partecipativa della democrazia, a partire dai bisogni della comunità territoriale: è un cittadino attivo, o un cittadino - volontario, secondo la nota definizione del CNCA.

Il volontario e le sue associazioni, preesistono non solo storicamente, ma soprattutto concettualmente all'impresa sociale e alla stessa pubblica amministrazione. Il volontario può agire al di là di una struttura ove operare, sia pubblica sia privata, al di là di un finanziamento o di un sostegno strutturale, al di là di un riconoscimento legislativo.

In questo senso va anche precisato l'ambito della legge 266/91, che non è la legge quadro del volontariato, ma si occupa della regolamentazione dei rapporti del volontariato associato con le istituzioni pubbliche. Non comprende pertanto tutti i ruoli del volontariato, ma soltanto quello di integrazione delle istituzioni pubbliche e non comprende tutto il volontariato di servizio, ad esempio quello individuale e familiare. Per dirla con una battuta al volontario non serve una legge particolare, basta la Costituzione della repubblica (art. 2 *ricoscimento delle formazioni sociali e doveri inderogabili di solidarietà*; art. 3 *effettiva partecipazione di tutti all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese*; art. 4 *dovere di svolgere una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società*; art. 18 *libertà di associazione*)

Gli ambiti nei quali si esplica attualmente l'azione del volontariato sono:

- socio - assistenziale
- sanitario
- educativo
- protezione civile
- tutela dell'ambiente
- tutela dei beni culturali
- cooperazione internazionale
- sport
- tempo libero

Un ulteriore elemento definitorio è relativo alla sua struttura organizzativa che non è sicuramente imprenditoriale, né aziendale, a differenza di altre tipologie presenti nel Terzo settore, tra le quali emerge, in questa fase, una prevalente logica di impresa<sup>8</sup>.

Recentemente si sta sviluppando una riflessione sul tema della necessità del superamento di forme di solidarietà asimmetriche tra soggetti donanti e soggetti riceventi, a beneficio di forme di rapporto fondato sul valore della reciprocità.

La discussione è di sicuro interesse ma vanno segnalati alcuni aspetti che, se omessi, rischiano di impedire una corretta impostazione della discussione:

- innanzitutto non tutte le relazioni tra volontari e destinatari possono essere ispirati ad una perfetta forma di reciprocità (vedi il rapporto con le persone affette da patologie fortemente inabilitanti o morenti); non si vuole negare che la persona rappresenti comunque un valore o che comunque possa comunicare fortemente con coloro che gli stanno accanto in ogni condizione di vita, ma dubitiamo che questo possa definirsi reciprocità;
- inoltre il superamento del rapporto diseguale tra volontario e destinatario è fondativo del volontariato contemporaneo, che è nato proprio dalla critica di una prospettiva assistenzialistica, per lo più incapace di una analisi della causa delle povertà; la prospettiva del dono è quindi vissuta in una dimensione di *condivisione*, non certo di rapporto ineguale.

Va quindi risolto preliminarmente la questione di quale idea di solidarietà e di volontariato si stia parlando.

### 2.1.1. Quelli che non .

Partendo da questa definizione si possono operare già delle distinzioni, rispetto ad altri organismi ed enti che non possono essere inseriti nella categoria di volontariato, in particolare:

- le fondazioni
- le cooperative sociali
- le associazioni sociali
- altre istituzioni no profit
- le associazioni di autotutela

---

<sup>8</sup> Vedi Carlo Borzaga, *Prossimità e solidarietà nei servizi alla persona nell'attuale esperienza europea*, **Impresa sociale** n. 39/98, il quale paventa il rischio di un'eclissi dei modelli organizzativi fondati sui valori solidaristici anche nei soggetti di cooperazione sociale, con la conseguente affermazione di un prevalente modello aziendale.

- il servizio civile degli obiettori di coscienza

In dettaglio riteniamo che, la forma giuridica della fondazione, sia pure tenendo presente alcune recenti iniziative, non rappresenti al meglio le esigenze di democrazia interna e di flessibilità tipiche del volontariato. Tralasciando le cooperative sociali e le associazioni sociali, di cui si è già detto sopra, per le *altre istituzioni no profit* (ovviamente eccezion fatta per le associazioni di volontariato) riteniamo che ad esempio le ipab (istituti di pubblica assistenza e beneficenza) o le istituzioni ecclesiali (che secondo alcuni rientrerebbero nella categoria) nulla abbiano a che fare con quanto sopra trattato.

Inoltre le *associazioni di autotutela* non rispondono al criterio di svolgimento di un *servizio per gli altri*, in quanto gli associati sono coinvolti in prima persona nel raggiungimento della finalità associativa.

Per quanto riguarda, poi, gli obiettori di coscienza al servizio militare che svolgono il servizio civile alternativo, essi sono tenuti dalla legge a svolgere il loro servizio, in maniera tutt'altro che spontanea.<sup>9</sup>

Ci sono, ovviamente, anche delle forme miste, vale a dire realtà che hanno o conservano elementi tipici delle strutture di volontariato, ma possiedono caratteristiche tipiche di altri soggetti.

Esistono in particolare *sistemi di solidarietà*, all'interno dei quali sono presenti diverse componenti – vale a dire innestate su un nocciolo di intuizioni e di percorsi personali tipicamente di volontariato, in parte evoluti in iniziative di impresa sociale. Le distinzioni sopra esposte non vogliono ridurre forzosamente i processi di transizione, dentro categorie definitorie rigide, ma sottolineare una irriducibile diversità tra le varie forme organizzative e giuridiche.

Il tema della transizione di alcune realtà di volontariato, della evoluzione da forme di volontariato ad impresa sociale, non va né rimosso né utilizzato per affermare semplicisticamente identità tra realtà distinte.

Tutto questo può essere ulteriormente approfondito, verificando l'opportunità di definizioni intermedie (quali possono essere quelle poste nel settore delle cooperative sociali), facendo salva però la necessità della irrinunciabile chiarezza.

#### 2.1.1.1. *Comprendere la transizione, difendere le distinzioni*

Il tentativo di fare chiarezza concettuale in una realtà complessa e in continua evoluzione, com'è quella del Terzo settore, individuando le caratteristiche specifiche delle varie componenti e il rapporto tra di loro, non può non tenere

---

<sup>9</sup> Vedi **Servizi sociali** n. 1/1988, *L area del volontariato organizzato oggi*, pag. 48-55.

conto, delle forme miste in cui convivono forme di autentico volontariato e di impresa sociale.

E' necessario individuare l'identità specifica di ciascuna forma, chiamandola ciascuna con il proprio nome ed evitando che si creino situazioni poco chiare di strumentalizzazione e un comparto occupazionale fortemente deregolato e non tutelato o, nei peggiori dei casi, vero e proprio *lavoro nero*.

Così pure non si può non tenere conto della evoluzione di molte associazioni di volontariato, che sono partite da generosi interventi che rispondevano ai bisogni emergenti, per i quali non vi era risposta nei servizi esistenti e nelle istituzioni, ed hanno sentito poi l'esigenza di trasformarsi in imprese sociali (cooperative di solidarietà sociale, comunità strutturate, S.r.l., ecc.) per poter garantire continuità, professionalità e giusti compensi agli operatori, che si dedicavano a tempo pieno, senza perdere lo spirito del volontariato e, in alcuni casi, i rapporti con le associazioni da cui erano nati.

Questa evoluzione ha contribuito a migliorare i servizi e, soprattutto in aree di forte disoccupazione, a creare posti di lavoro. Quindi non può non essere valutata in senso positivo.

*Per evitare confusioni e consentire rapporti autentici e costruttivi tra le forme originarie e quelle successive è sufficiente (e necessario) riconoscere con chiarezza l'identità di ciascuna entità, nelle varie fasi dell'evoluzione e chiamarle con il proprio nome, avendo ben chiara, che non si tratta di una graduatoria di valore, ma di differenti soggetti di eguale valore.*

#### 2.1.1.2. *Valori del volontariato ed etica del lavoro*

Un altro criterio tipico del volontariato è la sua volontà di non sostituire, ma integrare, sia la responsabilità e l'intervento istituzionale, sia il lavoro dipendente.

Questo significa anche che il volontariato non deve sentirsi anche in questo ambito, eticamente superiore rispetto al lavoro retribuito. Anzi, un'eccessiva enfasi su quest'aspetto appare problematica, in quanto la dimensione etica del lavoro, tanto più per le professioni di cura, deve essere patrimonio comune di tutti gli operatori, in quanto il valore fondamentale è il lavoro, gratuito o retribuito che sia.

Relegare all'ambito volontario queste dimensioni, sarebbe una sconfitta, non certo una crescita. In questo il volontariato deve contribuire a promuovere una cultura di relazione e di attenzione alla persona, insieme agli altri soggetti (in particolare il sindacato), che si occupano dell'organizzazione e della tutela dei lavoratori, i quali possiedono, nei loro codici genetici, valori solidaristici.



Il volontario costruisce, nel suo *fare*, una comunità culturalmente solidale, senza smarrirsi in una cultura del solo *dire*. I volontari se fanno un'esperienza autentica di volontariato, debbono condizionare lo stile del servizio normale degli operatori. Valorizzare le persone, come prima risorsa del servizio alla persona è un obiettivo assolutamente prioritario.

*Inoltre l'esperienza di volontariato è autentica se educa, coloro che la vivono, ai suoi valori, rendendoli capaci di incarnarli negli ambiti di vita, di lavoro, di relazioni personali e pubbliche, nei quali i singoli volontari ordinariamente sono inseriti. Altrimenti si crea una pericolosa schizofrenia, che in qualche misura mette in discussione la veracità di quella esperienza.*

### **2.1.2. Identità del volontariato in sanità**

Il volontariato in sanità, che assume in questo contesto un particolare valore a partire dalla sua capacità di enfatizzare l'elemento relazionale, deve operare nel suo ruolo di controllo rispetto ai cinque elementi che caratterizzano la qualità nelle strutture ospedaliere, vale a dire: *umanizzazione, personalizzazione, diritto all'informazione, criteri alberghieri, educazione sanitaria* (prevenzione).

Ovviamente la vigilanza non è compito esclusivo del volontariato. Tutti i soggetti coinvolti sono chiamati a vigilare e a lavorare per una sempre maggiore qualità in questi ambiti.

E' evidente, peraltro, come gli aspetti strutturali non si risolvono migliorando le sole relazioni. Il ruolo del volontariato diviene strategico se assume il ruolo di fattore di cambiamento, altrimenti rimane elemento residuale o decorativo, perdendo la sua caratteristica fondamentale.

### **2.1.3. Realtà del volontariato in sanità: definizione degli ambiti**

La delimitazione precisa dell'area è piuttosto difficile, in quanto è pressoché impossibile definire in maniera netta il confine tra attività sociali e sanitarie, esistendo vaste aree di sovrapposizione e di integrazione. Tentando comunque una precisazione potremmo affermare che il settore dell'assistenza socio - sanitaria, della tutela e promozione della salute, riguarda sicuramente l'attività di cura e di sostegno degli ammalati, di pronto soccorso, di donazione di sangue ed organi<sup>10</sup>, di tutela della salute dei cittadini, di prevenzione e di educazione sanitaria, di servizi consultoriali, di difesa e rappresentanza dei diritti degli utenti delle strutture sanitarie, eccezion fatta per le realtà di auto - aiuto.

---

<sup>10</sup> Evidentemente in questo ambito, si considerano particolarmente le associazioni che svolgono azione promozionale rispetto al valore della donazione di organi.

Tanto più quanto ci si sposta dalle strutture ospedaliere al territorio, la distinzione tra volontariato sociale e sanitario sfuma ed è di dubbio valore interpretativo. L'attenzione alle diverse fasi della vita del volontariato, non è mai prettamente sociale o esclusivamente sanitaria, perché il destinatario dell'intervento è la persona nella sua unità.

E' doveroso comunque segnalare, che i meccanismi introdotti con i decreti legislativi 502/92 e 517/93, in particolare le conseguenti prassi, relative ai ricoveri ospedalieri, hanno provocato uno slittamento delle funzioni di cura degli ammalati, precocemente dimessi, dalle strutture al territorio.

È necessario, su quest'aspetto, una duplice riflessione. Da parte delle autorità di governo centrali e locali, sugli effettivi risparmi di modalità di cura che semplicemente spostano o, meglio, esternalizzano un costo, senza abbatterlo effettivamente, trasferendolo o da un capitolo all'altro di spesa pubblica o scaricandolo sulle famiglie. Da parte dei soggetti del volontariato, che si occupino di sociale o di salute, sull'esigenza di un'attenzione a questi temi, che deve essere sempre meno di dettaglio, ma sempre più capace di creare reti solidali e competenti, nonché di elaborare proposta politica.

#### **2.1.4. Rapporto del volontariato rispetto all'impresa sociale**

Indubbiamente tra gli organismi di volontariato e le realtà di imprenditoria sociale, nel caso italiano, vi è un rapporto spesso generativo, che non va negato, ma considerato positivamente.

La questione quindi deve essere posta in termini di chiarimento concettuale e operativo, per sgomberare il campo da equivoci e sovrapposizioni.

Di fronte all'esistenza di un dibattito sulla compatibilità tra valori solidaristici e organizzazione imprenditoriale, sui rischi di concorrenza tra volontariato e altre componenti del Terzo settore, nonché di concorrenza sleale di questi ultimi verso le aziende profit<sup>11</sup>, dato l'utilizzo di prestazioni volontarie, va portato avanti non solo una riflessione, ma un'azione di chiarimento anche all'interno delle singole realtà, al fine di distinguere ambiti e funzioni. Inoltre, alcuni studiosi del Terzo settore affermano che le prospettive del volontariato, all'interno dell'impresa sociale, saranno di marginalizzazione (o meglio di relegazione in ruoli ausiliari) o di specializzazione in particolari settori *aggiuntivi* dell'organizzazione<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Rossana Caselli, Rapporto sull'evoluzione del volontariato italiano, in **Rapporto biennale sul volontariato in Italia**, Ministero degli affari sociali, 1998, Roma, p. 130 e ss.

<sup>12</sup> Carlo Borzaga, Luca Fazzi *Welfare mix e processi di differenziazione nel settore nonprofit: quale futuro per il volontariato?*, pp. 223-224 in **Rapporto biennale sul volontariato in Italia**, Ministero per gli affari sociali, 1998 Roma.

Entrambe le visioni concordano su un dato: il volontariato non è centrale per il futuro dell'impresa sociale, ma fortemente ausiliario.

**Un altro dato è *il trend di riduzione del personale volontario che ha caratterizzato lo sviluppo più recente delle cooperative sociali di servizio*<sup>13</sup> che, senza volere esprimere valutazioni, è un sintomo di cui tenere conto, soprattutto da parte di chi pone in maniera semplicistica la questione di un'identità di queste due componenti del Terzo settore.**

Il volontariato riesce indubbiamente ad essere se stesso soprattutto in strutture organizzative, riconosciute o no, che ne tutelino la libertà e l'autonomia verso qualsiasi tipo di soggetto, pubblico o privato che sia.

Varrebbe la pena di distinguere tra *un'azione di volontariato*, capace di conservare e tenere insieme le caratteristiche sopra descritte, dalle *prestazioni di volontariato* da parte di soggetti che – all'interno di strutture pubbliche o private – in maniera individuale forniscono servizi, anche qualificati e umanizzanti, senza però svolgere un'azione di cambiamento.

Non si tratta di creare fasce d'elezione, ma di constatare che un volontario dentro ad un'iniziativa d'impresa sociale convenzionata, potrebbe non avere tutti gli spazi di manovra e di denuncia possibili, in un contesto organizzativo di volontariato capace di elaborazione e privo di condizionamenti.

E' chiaro che anche il volontariato non è esente da eventuali condizionamenti, ma la sua natura lo rende maggiormente libero dalle dinamiche istituzionali, qualora voglia giocare un ruolo di coscienza critica.

Bisogna avere l'onestà di riconoscere, d'altro canto, che le forme giuridiche degli organismi, gli impegni contrattuali e le dinamiche gestionali conseguenti, condizionano profondamente – e sarebbe drammatico il contrario – la natura e le prassi operative.

Prendiamo ad esempio la funzione di stimolo e di controllo della qualità dentro le strutture sanitarie. Fare una distinzione in quest'ambito rispetto all'impresa sociale è fondamentale in quanto, ormai non solo in linea teorica, questa potrebbe essere controparte, per quanto riguarda il controllo di qualità; solo una distinzione netta e delle relazioni trasparenti, anche verso la pubblica amministrazione, consentiranno ad ognuno di svolgere il proprio ruolo: il volontariato nella sua logica di tutela dei cittadini; l'impresa sociale, nella sua logica di soggetto prevalentemente economico.

Non si vuole qui rinnegare il ruolo che il volontariato ha svolto e continua a svolgere, nella promozione di iniziative di impresa sociale, ma tutto questo deve avvenire senza rinunciare alla propria funzione di controllo di base, finalizzata alla tutela dei diritti dei cittadini.

*Si impone, quindi, che si avvii una fase di chiarimento, la quale porti a distinguere con maggiore precisione i soggetti presenti nel Terzo settore, anche sul piano delle forme giu-*

---

<sup>13</sup> Ibidem, p. 226.

*ridiche, non già in una logica camaleontica di adattamento alle dinamiche legislative. Tutto questo deve portare ad accentuare in onore alla trasparenza - queste distinzioni anche tra le strutture generatrici di soggetti di impresa sociale e le realtà generate.*

*Bisogna cominciare avere maggiore attenzione riguardo a processi di modifica statutaria continuata che subiscono molte organizzazioni, alle iniziative che considerano condizione preliminare per l'attività un finanziamento o una convenzione, alle associazioni nate all'ombra di un assessorato, alle proposte di rimborso forfetario per i volontari, per verificarne la coerenza rispetto ai valori del volontariato. Bisogna avere il coraggio di affermare che non esiste il volontariato puro, ma che esiste solo il volontariato: tutto il resto deve assumersi l'onere di trovarsi una definizione coerente con le proprie finalità effettive, senza mischiamenti e coperture.*

*Ognuno deve rimanere fedele alle proprie intuizioni fondative, attualizzandole nel tempo, senza presunzioni o smanie di primato, ma nella chiarezza di stili e di obiettivi: solo questo preserverà le tradizioni plurali presenti nel Terzo settore.*

## **2.2. ALCUNE LINEE DI RAPPORTO TRA ISTITUZIONI PUBBLICHE E VOLONTARIATO**

È evidente la rilevanza di una riflessione sui rapporti tra istituzioni e volontariato. La crescita del Terzo settore, se da una parte segnala anche l'arretramento del welfare pubblico, rende possibile un modello diverso di stato sociale, vale a dire un sistema in cui la responsabilità della programmazione e della gestione non è solo pubblica, ma condivisa dalle forze sociali e dalle istituzioni pubbliche, centrali e locali, che creano così una comunità solidale.

In questa prospettiva di welfare mix, il volontariato non può avere un atteggiamento difensivo verso le istituzioni, ma un ruolo politico che punta soprattutto all'innovazione e alla promozione di politiche sociali attente ai soggetti deboli, affiancandosi a questo processo agli altri soggetti del Terzo settore. Per questo si deve assumere un atteggiamento che valorizzi al massimo i valori comuni tra questi soggetti, puntando ad essere complessivamente un elemento di cambiamento sociale, senza imboccare scorciatoie neocorporative o categoriali.

### **2.2.1 Regolazione giuridica e tutela del volontariato**

Tra le ragioni che necessitarono la produzione della legge 266/91 sul volontariato, sicuramente una delle più rilevanti fu quella di regolamentare le prestazioni lavorative di carattere volontario. D'altro canto vi era il nodo della definizione dei rapporti tra enti pubblici e associazioni, che venne risolto attraverso la creazione di registri regionali, pensati come

filtri per l'individuazione dei soggetti con i quali mettere in piedi forme di collaborazione strutturate.

Il volontariato associato è quindi libero di non iscriversi, qualora non intenda strutturare le relazioni con gli enti e questo accade molto spesso nella realtà.

Non solo: il meccanismo dei registri, senza volere entrare in una disamina attenta del fenomeno, è risultato farraginoso e – a volte – poco discriminante, nonché fortemente differenziato da regione a regione, tale cioè da risultare scarsamente utile al fine di una definizione dell'universo del volontariato locale, soprattutto in un'ottica di comparazione nazionale.

In questo senso appaiono significativi due fenomeni: la creazione degli albi di volontariato comunali, nonché la presenza di forme di intervento sociale integrato sul territorio fondate sulla definizione comune degli obiettivi tra enti locali e soggetti privati (piani di zona).

In particolare il *piano di zona* rovescia l'idea di un rapporto singolare tra ente locale e realtà del territorio, in quanto parte innanzitutto dalla definizione della mappa dei bisogni e delle risorse, nonché da una comune individuazione di obiettivi. In questo modo anche la stessa iscrizione all'albo diviene sostanzialmente superflua, data la costruzione di un percorso di coinvolgimento e non di mera rilevazione socio-giuridica.

Questa forma di rapporto tutela fortemente l'autonomia del volontariato, in quanto ne rispetta sia la forma organizzativa - non forzandola in forme giuridiche predeterminate - sia gli ambiti di intervento, non orientandolo ma cercando i terreni di intervento comune, garantendone la tipica valenza anticipatrice.

Per queste ragioni riteniamo che siano proprie dell'azione volontaria forme di intervento leggero<sup>14</sup>, fortemente connesso al territorio, in ambiti particolarmente privi di intervento pubblico, più che l'assunzione di iniziative pesanti, con quote rilevanti di personale dipendente, in ambiti in cui la mano pubblica preferisce esternalizzare la gestione di determinati servizi.

Ci pare pertanto che la forma di rapporto pubblico - privato quale l'accreditamento, di cui si riconoscono caratteristiche di flessibilità e di innovazione, non riguardi in particolare il volontariato, ma soprattutto l'impresa sociale.

Il volontariato ha bisogno di tutele minime, quale il diritto di accesso alle strutture, attraverso forme di riconoscimento anche a livello comunale e/o eventuali e specifiche conven-

---

<sup>14</sup> Ugo Ascoli, op. cit., p. 21-22.

zioni, nonché il coinvolgimento nelle consulte ed in tutte le sedi previste dalle normative nazionali e locali.

In questo senso vanno valorizzati i Centri di servizio, quali realtà che, fornendo servizi a tutte le realtà di volontariato, anche non iscritte agli Albi, ne rafforzano la dimensione formativa, la capacità progettuale, la visibilità sul piano locale.

### **2.2.2. Volontariato e ruolo anticipatore**

Bisogna quindi valorizzare soprattutto i soggetti che hanno vivo un rapporto con il proprio territorio, riuscendo in questo modo a coglierne efficacemente i bisogni nuovi.

La legge 266/91 non incrementa il ruolo anticipatore del volontariato, perché non lo considera; infatti si occupa di codificare il ruolo delle organizzazioni volontarie in senso integrativo, essendo questo uno dei fini del provvedimento.

Le realtà di volontariato devono trovare in maniera autonoma la spinta per l'iniziativa anticipatrice; questo non significa in maniera alternativa alle istituzioni e strutture pubbliche, ma certamente facendo affidamento sulle proprie risorse e su quelle della comunità locale, tenendo presente –come già affermato– tutte le risorse utilizzabili del Terzo settore.

In questo senso i Centri di servizio possono avere un ruolo determinante; non ignorando alcune perplessità circa il ruolo preponderante di indirizzo che le Fondazioni bancarie ed il potere politico possono avere, a livello locale, sulle scelte strategiche dei Centri.

Indubbiamente le risorse della comunità, la liberalità diffusa, possono e debbono essere mobilitate; l'esperienza insegna che di fronte ad un bisogno emergente la comunità, sollecitata efficacemente, risponde.

Anzi il rischio di un volontariato percepito come parassitario - rispetto alle risorse dello stato - va evitato, anche per i rischi di dipendenza; *puntare sulla comunità* invece è strategicamente vincente, proprio perché il volontariato è espressione della comunità e, con la comunità locale, deve affrontare i problemi emergenti, indicando vie nuove e promozionali.

Inoltre esiste –in questi anni– una possibilità maggiore di raccogliere fondi rispetto al passato, per la maggiore disponibilità di reddito –di alcune categorie sociali– e per l'allungamento della vita media.

Comunque ogni volta che si apre una strada nuova nei servizi alla persona e che se ne verifica l'efficacia, va stimolata l'istituzione pubblica, affinché se ne assuma la responsabilità. Ovviamente tutto questo non attraverso forme, ormai impraticabili, di statalizzazione, ma garantendo la continuità e accessibilità dei servizi, nelle forme più economiche ed efficienti.

Il volontariato deve rimanere leggero puntando sempre all'innovazione e alla promozione culturale della comunità. In questo senso sono strategiche ed irrinunciabili le alleanze con altri soggetti, in particolare con le altre strutture di volontariato, con le strutture del Terzo settore nonché con il sindacato e le forme di associazionismo sociale sensibili e attive sui temi della solidarietà.

Diviene irrinunciabile quindi avere attenzione per chi può essere alleato, nella logica appunto della costruzioni di *patti* sulla base di obiettivi comuni, sviluppando una capacità di *comunicazione* verso la comunità territoriale, non in senso meramente autopromozionale, ma di sintesi analitica e progettuale.

Ruolo anticipatore e innovativo, analisi della realtà e dei fenomeni, costruzione di rapporti dialettici e positivi con le istituzioni, attenzione ai soggetti sociali da coinvolgere in patti di solidarietà locali e su obiettivi comuni, capacità di comunicare: il volontariato deve muoversi sempre più simultaneamente su questi fronti.

La necessità di una crescita organizzativa e della costruzione di reti solidali efficaci è evidente ed anche possibile, per un volontariato deciso a rimanere fedele alle intuizioni che l'hanno fatto nascere e crescere, in questi anni, nel nostro paese.

### 3. Ruolo del volontariato nell'integrazione sanitaria e sociale

Il processo di integrazione socio-sanitaria nel nostro Paese è un fenomeno troppo recente ed episodico perché si possa disporre di originali, forti e collaudati modelli strutturali e organizzativi; perciò è utile fare riferimento a modelli sviluppati altrove, e che sono adattabili alla nostra realtà.

In questo quadro, relativamente povero di integrazione fra i servizi della rete formale di assistenza, non va tuttavia dimenticato che, a partire dagli anni 70, sono state avviate iniziative di collegamento fra diversi volontariati; alcune esperienze di affiancamento di figure professionali socio-sanitarie fino allora operanti in ambiti diversi e distaccati; nonché le prime esperienze di collaborazione tra l'ente pubblico e il volontariato, facilitate da iniziative legislative sul tema.

#### 3.1. UN FATTO CULTURALE: LA PERSONA DA ASSISTERE VISTA NELLA SUA GLOBALITÀ

L'integrazione non è "un accessorio della programmazione", ma l'obiettivo fondamentale nel quale la persona ed il suo bisogno di salute (inteso come benessere complessivo e non solo come cura di una malattia) sono al centro degli interventi da parte di persone con competenze diverse.

Integrare non significa solo riunire persone provenienti da sfere e culture diverse per farle interagire, ma *innanzitutto preparare un terreno idoneo* a formarle alla conoscenza, all'accettazione e all'ascolto interessato e partecipe della realtà dell'altro. Una nuova cultura da far crescere, partendo da quella che non è azzardato definire la più difficile delle arti: la relazione.

Infatti, è difficile costruire nel tempo un lavoro di squadra articolato e armonioso accostando fra loro volontari di diverse "vocazioni" e soprattutto operatori di diverse professionalità, perché possano correttamente interagire: ad esempio, un volontario con un medico o un infermiere; un infermiere con uno psicologo; un assistente sociale con un medico.

Sono tutte relazioni umane da mettere insieme e armonizzare con pazienza e convinzione, in un processo continuo di attraversamento reciproco *non solo di funzioni ma soprattutto di valori*.

Questo percorso porta a comprendere la necessità che venga anzitutto fatta una **valutazione multidimensionale** della persona in difficoltà: da parte dei volontari e delle diverse figure professionali socio-sanitarie.



Questo cambiamento culturale deve trovare riscontro in un'evoluzione delle politiche socio-sanitarie ad esso funzionali, che realizzi la migliore **integrazione possibile** tra i servizi di natura **socio-assistenziale e quelli sanitari**, siano essi promossi dal volontariato che dalla struttura pubblica, con un processo concertato di programmazione (a livello di governo) e di gestione delle risorse (a livello dei servizi) finalizzato all'attuazione di interventi in grado di incidere sulla natura composita dei bisogni dell'utenza.

Purtroppo, l'attuale organizzazione sanitaria presenta, ancora, alcuni aspetti della concezione del passato, secondo cui la malattia era considerata un evento episodico e risolvibile attraverso interventi settoriali da parte di singoli operatori e specialisti. Di conseguenza, nel sistema corrente di erogazione delle cure, i servizi sono costruiti prevalentemente per rispondere ai bisogni di assistenza relativi all'evoluzione clinica della malattia, ed il paziente è costretto ad adattarsi all'organizzazione esistente ottenendo solo risposte parziali, frammentarie, talvolta contraddittorie, ai propri bisogni di salute.

Ed è in questo contesto, giocando spesso il ruolo di tutor della persona, che il volontariato può incidere promuovendo la realizzazione dell'**integrazione** quale modalità di sviluppo organizzativo definibile **rete di servizi**: risultato del collegamento tra gli aspetti programmatici e operativi tra i Servizi socio-assistenziali e i Servizi sanitari, che permetta di rispondere con adeguatezza ai bisogni complessivi dell'utente.

L'operare in stretta connessione con tutte le altre risorse del territorio, imparando a fare rete e a vivere serene e concrete alleanze, è un traguardo a cui il volontariato deve tendere quale strumento più idoneo alla realizzazione dei suoi obiettivi primari.

### 3.1.2. Il percorso legislativo

Il fenomeno dell'integrazione socio-sanitaria, per superare un'impostazione strettamente "assistenzialistica" basata sulla necessità di rispondere al bisogno, alla patologia ed alle disabilità, ha visto negli ultimi decenni l'alternarsi di momenti normativi di maggior aggregazione (legge 833/78) o, al contrario, di divaricazione (decreto legislativo 502/92).

Un intervento determinante nel senso dell'auspicata integrazione, si trova nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" (POA) del 30/1/92, in cui si ribadiscono le seguenti necessità:

- a) il potenziamento dei servizi territoriali
- b) l'incremento degli interventi domiciliari
- c) l'integrazione dei servizi sociali e sanitari

Da ciò prendono avvio le prime sperimentazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata (A.D.I.), che prevede quali finalità primarie:

- -ridurre i ricoveri impropri ed incongrui negli ospedali e nelle istituzioni residenziali

- -favorire le dimissioni protette
- sviluppare il lavoro di équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione sociale e sanitaria
- sostenere e coinvolgere la famiglia nel piano di assistenza

Molto variegata sono state le modalità organizzative delle USL (o USSL): dalla presa in carico e gestione diretta dei casi alla convenzione con organizzazioni profit e non-profit quali erogatori di servizi. All'interno del non profit vi sono associazioni di volontariato già da anni in attività sul territorio, che hanno ricevuto risorse, alcune delle quali si sono trasformate nel tempo in imprese sociali.

In molti casi i Comuni hanno delegato alla Sanità l'erogazione dei servizi sociali, ma dopo il 1995 questo processo di integrazione ha subito un arresto e un reflusso.

## **3.2. IL VOLONTARIATO NELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

Un'analisi del processo di integrazione e degli attori - volontariato ed Enti pubblici - permette di identificare differenti condizioni nelle quali si può superare il momento dell'auspicio per intraprendere una reale costruzione, superando gli ostacoli che si frappongono a questo faticoso percorso.

### **3.2.1. L'integrazione tra associazioni di volontari**

L'armonizzazione delle azioni svolte dalle varie associazioni di volontariato, che nasce dalla reciproca conoscenza ed accettazione, è un primo passo affinché le risorse che il volontariato promuove siano adeguata risposta alle esigenze degli utenti a cui si rivolgono.

Si verifica spesso che il bisogno di una persona in difficoltà non possa essere soddisfatto da parte di una associazione singola. In questo caso si constata un coalizzarsi quasi spontaneo fra più associazioni, anche impegnate nello stesso settore, per risolvere i problemi di questa persona nel modo più adeguato. Una esperienza in tal senso è quella che viene promossa da due associazioni, una che fornisce l'assistenza morale ai malati, l'altra che prepara operatori tecnici per l'assistenza: la prima collabora per la progettazione dei corsi di formazione condotti dalla seconda, per il soddisfacimento dei bisogni espressi dai malati di tumore.

Analogamente dovrebbe esservi un accordo generale che prevede l'armonizzazione degli interventi di tutte le associazioni: purtroppo talvolta possono prevalere rivalità e paure che inducono conflitti di competenza, sovrapposizioni e carenze, dannosi per le persone da assistere.

Tale armonizzazione in alcune ASL e in alcune Regioni viene favorita dalla Direzione Aziendale.

In altre realtà si creano “tavoli” di confronto fra associazioni, che esprimono un quadro generale di riferimento e le modalità di funzionamento degli interventi, come si verifica in Toscana nella Consulta Provinciale di Firenze tra le associazioni che si occupano di AIDS. In attuazione dell’art.14 del decreto legislativo n. 502/92, in altre Regioni, fra le quali l’Emilia Romagna, è stata promulgata un’apposita legge (legge n. 19/94) e si è proceduto alla costituzione dei Comitati Consultivi Misti, ove vengono nominati i rappresentanti delle associazioni liberamente proposti dalle stesse: associazioni di tutela dei diritti in generale, di tutela dei malati cronici, degli anziani e dei disabili; dei sindacati dei pensionati; di tutte quelle associazioni che aiutano i malati e i loro familiari. I rappresentanti nominati nei Comitati, che costituiscono la maggioranza nei Comitati, svolgono il ruolo di rappresentare tutta l’utenza, tutti i malati, compreso gli acuti, che non restano tali per lunghi periodi, e perciò non possono eleggere rappresentanti che sostengano il loro diritto di voce.

I componenti dei Comitati evidenziano così la voce di protesta e di proposta che giunge dall’utenza e studiano delle soluzioni atte a soddisfarne i bisogni.

In tali organismi si potenziano in modo sinergico le differenti vocazioni delle associazioni: aiuto diretto alla persona per colmare esigenze materiali; azione di advocacy per la difesa dei diritti dei malati e/o dei familiari; assistenza spirituale.

*Il volontariato ha il compito di sostenere la partecipazione del cittadino nell’Azienda sanitaria per realizzare l’interesse comune.*

*Come ipotesi minimale di momento di partecipazione comune resta la Conferenza dei servizi annuale, di cui all art.14, punto 4, del decreto legislativo n. 502/92.*

*Si apprezza la partecipazione dei Rappresentanti degli utenti in sede di accreditamento, così come previsto dal decreto delegato n.229/99.*

La partecipazione di un componente delle organizzazioni di volontariato alla Conferenza di Programmazione, insieme ai Sindaci, costituirebbe un forte segnale di integrazione del volontariato nell’ambito istituzionale sanitario. Si sollecita quindi alle Regioni, alle quali viene delegato questo potere, l’introduzione di tale norma, così come previsto nel decreto delegato n.229/99, ad opera del Ministro.

*La realizzazione di coordinamenti e collegamenti all’interno del volontariato attraverso una propria autorganizzazione, può consentire alle associazioni di diventare autorevoli soggetti politici.*

### **3.2.2 Integrazione fra volontariato e altre organizzazioni non profit**

L’integrazione fra volontariato e altre organizzazioni non profit è una realtà concreta molto consolidata. C’è una tipologia che prevede volontari singoli che danno il loro operato all’interno di associazioni e/o cooperative a fianco di professionisti; un’altra che prevede

volontari impegnati a raccogliere fondi utilizzati per retribuire cooperative e associazioni che svolgono, senza alcun onere per il malato, il servizio sanitario; un'altra ancora che prevede gli organi direttivi dell'associazione (Assemblea, Consiglio direttivo, Presidenza) formati esclusivamente da volontari. Infine, un'ulteriore tipologia è quella che si verifica, ad esempio, a Torino: la prima associazione risponde alle problematiche degli assistiti offrendo operatori sanitari qualificati e retribuiti; la seconda accompagna l'attività profusa dalla prima con volontari preparati per questa collaborazione.

*Spesso il volontariato coglie prima delle istituzioni una nuova esigenza e/o esprime un nuovo modo di risposta, che diventa esemplare e si afferma estendendosi poi alla generalità: in questa transizione si colgono le basi oggettive perché l'organizzazione che eroga il servizio si estenda, si rafforzi ed assuma quei caratteri di professionalità che inducono la trasformazione da volontariato in impresa sociale.*

### **3.2.3. Integrazione fra volontariato e azienda ospedaliera**

L'integrazione del volontariato con la struttura ospedaliera deve essere contraddistinta da percorsi operativi atti a colmare l'eventuale carenza di relazione che può contraddistinguere l'attività degli operatori sanitari e a sostenere la partecipazione.

A proposito delle carenze nel rapporto di relazione umana fra operatori e malati, un'Azienda Ospedaliera ha promosso presso i suoi reparti un progetto con la collaborazione dell'associazione di volontariato, nel quale la centralità dell'umanizzazione e della comunicazione sono gli obiettivi fondamentali per una corretta relazione tra gli operatori sanitari e l'utente-paziente. In particolare l'impegno del volontariato dovrà applicarsi negli ambiti dell'accoglienza, dell'informazione e della tutela del cittadino, espressamente richiamata dall'art.14 del decreto delegato n.502/92.

Come esempio particolarmente importante dell'integrazione fra sanitario e sociale in ambito ospedaliero, si segnalano anche le "dimissioni protette", che riguardano in particolare i soggetti deboli, già definiti nel rapporto.

La indicazione di obiettivi di produttività, come la riduzione delle spese e della durata delle degenze rischia di dare luogo a dimissioni troppo precoci a danno dei soggetti più deboli, come gli anziani e i malati cronici e di tutti coloro che hanno bisogno di continuità nelle cure.

Si rende, perciò, assolutamente necessario che le dimissioni ospedaliere siano sempre più "PROTETTE".

Il momento della deospedalizzazione dei pazienti anziani, dei pazienti affetti da patologie invalidanti, dei pazienti in fase di riabilitazione, dei pazienti con breve aspettativa di vita o dei pazienti pediatrici è contraddistinto dalla presenza di una criticità sanitaria, sociale ed emotiva che non dovrebbe essere sottovalutata.

Nella maggior parte dei casi, il malato rientra al proprio domicilio con una diminuzione del livello di autonomia, con necessità di ricevere cure impegnative e complesse, in un contesto sociale quasi mai pronto ed idoneo ad accoglierlo.

È quindi auspicabile che questo momento di riaffidamento del paziente al territorio sia programmato, condiviso e realizzato con l'attivazione dei diversi interlocutori del territorio al fine di superare i limiti descritti.

Del resto tra le indicazioni forti del Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'integrazione socio-sanitaria non è concepita solo come stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione ma soprattutto come strategia per assicurare la *continuità assistenziale tra ospedale e territorio*.

La carenza di figure professionali preparate e disponibili sul territorio in grado di rispondere ai bisogni sanitari e sociali produce ripercussioni sullo stato clinico del paziente, rappresentando una interruzione della continuità di cura. Questo ci allontana dalla realizzazione di un modello di corretta organizzazione assistenziale, che utilizza in modo coerente le risorse socio-sanitarie presenti.

E' quindi fondamentale che la fase della deospedalizzazione non sia solo il passaggio dell'utente dall'Ospedale al territorio, ma il momento in cui il paziente, la sua famiglia, l'Ospedale di riferimento, il MMG, il Distretto Sanitario, le RSA si pongono in dialogo per costruire una risposta adeguata ed efficiente ai bisogni socio-sanitari rilevati. Riaffidare al proprio domicilio e quindi al territorio un paziente anziano, un paziente con patologia invalidante, un paziente in fase terminale, significa prevedere e formare figure professionali (MMG, infermiere professionale, medico specialista, fisioterapista, équipe multidisciplinare di cure palliative operatori socio sanitari e ausiliari, psicologi, assistenti sociali) preparate e consapevoli delle problematiche presenti a domicilio per quel paziente e per il suo contesto familiare.

Tutte le figure professionali, oltre la famiglia e il volontariato, devono conoscere con adeguato preavviso quando avverranno le dimissioni, affinché il passaggio tra l'ospedale e il domicilio sia veramente un passaggio tutelato .

È necessario definire momenti comuni di informazione e di programmazione tra gli operatori presenti sul territorio e quelli dell'Ospedale; prevedere una modalità di acquisizione dei dati del paziente da parte del distretto territoriale da integrare con quelli derivanti dai servizi territoriali al fine di completare il quadro clinico con quello sociale.

Questa prima importante fase conoscitiva condurrà alla stesura di un piano di assistenza individuale (UVG per i pazienti anziani, unità valutative diverse) realizzato dall'équipe multidisciplinare domiciliare per rispondere in modo adeguato e il più possibile esaustivo ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali evidenziati.

*Per il privato sociale acquisire un ruolo attivo riconosciuto nell'ambito delle dimissioni protette dovrebbe e potrebbe rappresentare il traguardo di un lungo e faticoso percorso*

*culturale che le strutture sanitarie e i diversi settori legislativi hanno recepito negli ultimi decenni.*

Il volontariato, fedele interprete e voce disinteressata dei reali bisogni dei soggetti deboli, ha il compito di rendere il paziente protagonista del suo percorso assistenziale e di tutelare gli interessi e bisogni del paziente e del suo contesto familiare.

Una dimissione al domicilio del paziente, o presso una RSA, dovrà essere dettata dall'ascolto e dalla volontà dell'assistito, dalla ricerca della risposta più idonea, assicurandosi che sia condivisa dall'utente. Ed è in questo momento delicato che il volontariato - al di là del suo ruolo codificato da accordi, convenzioni, riconoscimenti istituzionali - deve perseguire la vocazione sua propria di tutela e portavoce.

*I principi sopra enunciati si traducono in comportamenti corretti di dimissioni protette.*

Il medico ospedaliero o l'assistente sociale dell'ospedale prende contatto con il servizio di assistenza domiciliare del Distretto dell'ASL di appartenenza del paziente alcuni giorni prima della dimissione, concordando il piano di dimissione. Il servizio territoriale pubblico definisce il modo e il momento in cui dovrà essere effettuata la dimissione che verrà comunicata e concordata dal servizio territoriale ai responsabili della degenza ospedaliera. Attiva gli operatori (il MMG, lo specialista o l'équipe specialistica) deputati alla attuazione del progetto assistenziale territoriale per il paziente. Questi operatori, partendo dal piano di dimissione ospedaliero, prendono contatto con l'utente da assistere e con i suoi familiari, e completano così la definizione di un piano di assistenza che sia coerente con il domicilio.

Tali principi e i comportamenti successivi potrebbero sembrare ovvi e banali; tuttavia nella realtà si verificano questi gravi disservizi.

Si verificano casi in cui la famiglia del malato, viene informata di improvvise dimissioni perfino alla vigilia dei giorni festivi. E questo succede anche se il paziente necessita di trattamenti parenterali, drenaggi da monitorare, e vi sia in più difficoltà a reperire alcuni farmaci prescritti in dimissione. Pertanto il territorio, rappresentato sia dal servizio del Distretto di competenza, sia da un servizio domiciliare privato, deve intervenire in urgenza, senza aver prima definito un piano di assistenza domiciliare. Ciò comporta nel migliore dei casi un inizio di assistenza contraddistinto da sperpero di risorse umane ed economiche e dalla necessità impellente di rimediare allo stato di abbandono in cui versano il paziente e i suoi familiari.

### **3.2.4. Integrazione fra volontariato e struttura pubblica nell assistenza domiciliare**

L'integrazione tra l'Ente Pubblico - contraddistinto spesso da difficoltà organizzative e carenze - e il volontariato, si può realizzare secondo tipologie diverse e principi comuni.

Le associazioni di volontariato possono limitarsi a fornire al servizio territoriale di assistenza domiciliare integrata, l'ADI, un gruppo di volontari per l'aspetto relazionale e sociale oppure un'organizzazione a servizio completo che opera in convenzione con l'Azienda Sanitaria. In quest'ultimo caso è quasi inevitabile che l'associazione di volonta-

riato si trasformi in un'impresa sociale, sopra tutto quando sono notevoli i mezzi finanziari e gli operatori dipendenti da mobilitare.

Nel caso venga fornita un'organizzazione di volontariato a servizio completo, questa può offrire una delle proprie équipes multidisciplinari costituita da operatori socio-sanitari e volontari che non sostituiscono gli operatori ADI e il Medico di Medicina Generale, ma ne completano gli interventi con competenze specialistiche (terapia del dolore, oncologia) e con la disponibilità 24 ore su 24 per ogni giorno dell'anno.

Più facilmente in questo modello di collaborazione tra volontariato e struttura pubblica nei piani d'intervento si realizza il superamento di talune "barriere" che talvolta frenano l'agire dell'Istituzione pubblica, quali ad esempio i troppo lunghi iter burocratici, la eccessiva rigidità dei protocolli ecc. Questo superamento, tuttavia, si può verificare solo quando gli attori sono, da un lato pubblici amministratori alla ricerca non tanto di partners a "buon prezzo", quanto di partners veramente in grado di soddisfare in modo esaustivo le esigenze dell'utenza (soprattutto nei servizi sanitari cosiddetti "pesanti") e, dall'altro, Organizzazioni di volontariato contraddistinte da rigore metodologico e da know-how ben strutturato e di provata efficacia.

*Un esempio: nell'assistenza domiciliare ai malati terminali, la notifica formale della necessità di ausili ortopedici, da parte del medico specialista ASL, può essere facilmente superata dall'accordo tra l'Ente e il volontariato convenzionato, il cui medico specialista ne certifica il reale bisogno direttamente all'ASL, risparmiando così assai più lunghi passaggi. Un esempio che può apparire banale, ma che nella pratica non lo è.*

Vi sono, poi, organizzazioni che forniscono un servizio residenziale completo, con la propria struttura sanitaria interna.

### **3.3. CONCLUSIONI**

Gli esempi proposti, le modalità operative in atto, confermano che l'aspetto culturale è il primo motore che permetterà la concreta realizzazione dell'integrazione tra l'ente pubblico ed il volontariato, tra quest'ultimo e il non-profit, ed infine tra associazioni ed organizzazioni interne allo stesso mondo del volontariato.

Per una buona integrazione pubblico-privato è auspicabile un coinvolgimento delle Organizzazioni di volontariato, non solo nella fase operativa, ma anche in quelle della valutazione dei bisogni sul territorio, e della programmazione dei servizi.

Va spesso salvaguardata la peculiarità dell'utenza, prevedendo per le diverse patologie nuclei operativi specializzati, evitando così un approccio indifferenziato, talvolta

inadeguato per la soddisfazione dei diversi bisogni e inefficiente per l'impiego delle risorse.

Una programmazione specifica durante il curriculum formativo di ciascuna figura professionale sanitaria, che ponga l'attenzione alla condivisione e alla collaborazione : tra gli operatori sanitari

(medici, infermieri professionali ed altri sanitari) e quelli sociali (assistenti sociali) e gli psicologi permetterebbe di mettere le basi per la disponibilità al dialogo e all'ascolto che caratterizza l'integrazione operativa tra diversi enti.

Questa abitudine a promuovere gli interventi sulla persona-utente quale sintesi e coordinamento tra la lettura sanitaria e quella psico-sociale è un percorso che dalla condizione particolare dell'utente porterebbe alla realizzazione di programmi di rete dei servizi offerti dai diversi attori ( volontariato- Ente Pubblico- enti profit e non profit) in cui la globalità e l'integrità della persona ed il suo bisogno di salute rimarrebbero al centro degli interventi profusi in modo condiviso.

Come esempio particolarmente importante dell'integrazione fra sanitario e sociale si è scelta la dimissione protetta, che riguarda in particolare i soggetti deboli, già definiti nel rapporto. Il gruppo di lavoro ha prodotto il seguente documento alla fine del primo semestre del 2000.



## **4. Formazione ed aggiornamento**

Lo sviluppo del presente documento è avvenuto pensando di fornire indicazioni, orientamenti, stimoli da sviluppare più che regole, programmi, prescrizioni da seguire in modo rigido.

E ciò per due ordini di motivi:

- a) non abbiamo come Consulta, il compito né l'autorità per indicare percorsi vincolanti per chicchessia;
- b) anche lo avessimo potuto fare, un'impostazione rigida risulterebbe riduttiva rispetto la vasta e ricca gamma di esperienze disseminate sul territorio nazionale. Esperienze tutte cariche di una propria specificità da valorizzare piuttosto che da ricondurre a schemi rigidi.

Ciò non significa evitare lo sforzo di fissare alcuni elementi ormai divenuti patrimonio comune e che ci sembra corretto vadano fatti propri dai gruppi di volontariato nel momento in cui promuovano iniziative di formazione.

Ma vanno intesi come punti di partenza per lo sviluppo di attività, quelle formative, ormai divenute elemento irrinunciabile per ogni esperienza di volontariato che voglia qualificarsi come un effettivo servizio verso gli altri e le comunità.

### **4.1. IL VOLONTARIATO E LA FORMAZIONE**

#### **4.1.1. Compiti e finalità della formazione**

Indubbiamente in questi ultimi anni il ruolo e le potenzialità del volontariato sono profondamente mutate. Ad una maggiore consapevolezza circa la propria funzione ed identità ha fatto riscontro anche una più precisa collocazione all'interno del sistema socio - sanitario e di conseguenza l'attesa di prestazioni più puntuali, efficaci e tecnicamente corrette.

Di conseguenza la formazione ha assunto un ruolo sempre più rilevante in ordine alla capacità del volontario di saper rispondere positivamente a tali attese. Inoltre il mutato contesto culturale richiede l'acquisizione di una sempre maggiore consapevolezza riguardo le scelte che ognuno di noi compie. A maggior ragione quando tali scelte implicano anche un piano di valori e di riferimenti etici.

La formazione deve permettere a chi si avvicina all'esperienza del volontariato di farlo con crescente consapevolezza e piena coscienza della potenzialità e dei limiti di cui tale esperienza è portatrice.

Permettere ai volontari di gestire il proprio ruolo con piena consapevolezza e valorizzazione di tutte le sue potenzialità e capacità, in relazione al contesto sociale di riferimento, rappresenta la finalità ultima degli interventi formativi per i volontari.

#### **4.1.2. Obiettivi specifici**

Tra gli obiettivi specifici delle azioni formative possiamo evidenziare:

- a) dotare il volontario degli strumenti - conoscenze per rendere efficace e soddisfacente il proprio agire;
- b) preparare un volontario pronto per le sfide del nuovo millennio motivato, consapevole e capace;
- c) colmare il divario tra le aspettative e le tensioni valoriali (il dover essere) e la concretezza (l'esperienza quotidiana);
- d) promuovere l'innovazione e favorire lo sviluppo dell'azione dei volontari (formazione come cambiamento).

#### **4.1.3. Indicazioni metodologiche**

Pur nella consapevolezza che la scelta di un'opzione metodologica piuttosto che un'altra, molto dipende dal contesto in cui la formazione viene svolta, riteniamo di fornire alcune indicazioni metodologiche che hanno trovato concreta applicazione in molte attività formative:

- a) prevedere durante l'attività formativa sia lezioni teoriche che tirocini pratici;
- b) mettere in relazione la formazione con l'esperienza sul campo;
- c) progettare percorsi formativi adeguati ai bisogni dei singoli corsisti;
- d) valorizzare le esperienze di ciascuno (soprattutto per gli adulti) ed utilizzare il più possibile metodologie ed approcci "attivi";
- e) adottare la verifica come fase formativa del processo educativo;
- f) la metodologia della valutazione come momento di verifica e riprogrammazione dei progetti elaborati.

## 4.2. LE TIPOLOGIE DELLA FORMAZIONE

### 4.2.1. La formazione di base

Ogni volontario che si avvicina in modo continuativo ad una associazione operante nel settore socio/sanitario deve essere supportato in questa aiutandolo a definire in modo approfondito un quadro di riferimento chiaro e preciso.

Per questo motivo è necessario che vengano strutturati dei “**momenti di formazione di base**” che aiutino il volontario ad inserirsi in modo adeguato all’interno della struttura e a razionalizzare le proprie motivazioni e conoscenze.

Una formazione di base che deve spaziare principalmente negli ambiti del sapere essere e del sapere dedicando una parte meno importante (anche se non secondaria) al saper fare.

Rispetto al sapere è necessario che venga focalizzato il ruolo ricoperto dal volontario all’interno della situazione in cui egli si inserisce. Ruolo che non è solo di tipo organizzativo e/o gestionale ma soprattutto politico e sociale. In questo ambito è anche importante che il volontario riesca a sentirsi “parte” di un universo molto complesso spinto dalle stesse motivazioni dagli stessi bisogni e che vive anche le stesse contraddizioni e paure.

E’ anche necessario che in questo ambito vengano forniti al volontario degli strumenti di lettura del contesto (mappe del territorio)sociale, culturale e politico in cui esso si inserisce. La metodologia formativa privilegiata all’interno di questo ambito deve esser quella che vede il volontario coinvolto in modo attivo e partecipe.

Nell’ambito del saper essere è necessario che vengano prese in considerazione le diverse situazioni relazionali in cui potrebbe venirsi a trovare anche nelle diverse situazioni.

Situazioni relazionali che permettano di comprendere:

- la modalità di approccio del volontario verso la persona in situazione di bisogno
- la sua coerenza relazionale
- la capacità di gestire il conflitto e le situazioni difficili
- il suo equilibrio psicologico
- la capacità di mettersi in gioco in modo adeguato

In questo ambito la metodologia formativa privilegiata è quella della simulazione e dei giochi di ruolo in cui il volontario possa essere messo in condizione di sperimentare le diverse situazioni.

Rispetto al terzo ambito, quello del saper fare, è necessario fornire quel bagaglio di strumenti operativi necessari per iniziare ad operare in modo adeguato.

Bagaglio di conoscenze caratterizzato da una immediata utilizzabilità e da un basso livello di possibilità di errore. Questi due aspetti permettono al volontario di avere degli “attrezzi adeguati per iniziare” senza essere attanagliati dalla paura di sbagliare.

In questo ambito la metodologia formativa privilegiata è quella tradizionale (lezione frontale informativa) che privilegi sia l’informazione che l’esercitazione pratica.

#### **4.2.2. L’aggiornamento e la formazione permanente**

Il volontario che opera all’interno di una associazione necessita, oltre ad un momento di formazione iniziale, di una formazione continua che permetta da una parte di acquisire in modo sempre più dettagliato gli strumenti necessari ad ottimizzare il proprio operato (tradizionali ed innovativi) e dall’altra condividere le esperienze integrandole con i con propri vissuti e con le proprie emozioni.

In questi momenti formativi deve essere dato egual peso al sapere, al saper fare e al saper essere.

I contenuti di questa formazione possono essere i più disparati, è necessario che essi vengano però identificati da una specifica rilevazione dei loro bisogni e dalle mancanze rilevate nel loro agire quotidiano.

La metodologia utilizzata deve privilegiare da una parte il lavoro di gruppo come condizione specifica per facilitare la relazione tra i volontari e dall’altra la “ricerca intervento” per fornire le capacità di sperimentare sul campo e in modo efficace delle strategie operative verificabili in modo sistematico.

Ricerca intervento che permetta inoltre di innalzare la motivazione dei volontari evitando così lo sclerotizzarsi all’interno di prassi ripetitive e in alcuni casi stantie.

La formazione permanente deve quindi diventare non occasionalità del momento ma vero e proprio stile di lavoro del volontario che diventa così un soggetto realmente in continuo cambiamento.

### **4.3. I DIVERSI SETTORI D INTERVENTO**

#### **4.3.1. Formazione del volontario soccorritore**

I volontari impegnati nel soccorso territoriale risultano essere circa 150.000 nel nostro paese e svolgono questa attività in collaborazione con i Servizi Sanitari Regionali per il tramite delle centrali operative provinciali afferenti ai “sistemi 118”.

Il D.P.R. 27.03.92 ha previsto livelli assistenziali di emergenza sanitaria, da assicurare con carattere di uniformità in tutto il territorio nazionale: L’atto di intesa fra Stato e Regioni, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni, prevede

programmi di aggiornamento e formazione per i volontari impegnati nell'emergenza sanitaria, al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi.

#### *L ambito del volontario soccorritore*

Il volontario soccorritore è colui che viene autorizzato (con modalità diverse a livello regionale) ad operare nel "sistema 118" dopo aver frequentato fasi formative specifiche e relativi livelli.

Ha il compito di prestare una assistenza qualificata di primo soccorso sanitario sul luogo degli eventi e durante il trasferimento dell'infortunato nella struttura sanitaria individuata dalla Centrale del 118. Il soccorritore svolge la propria attività sia sui mezzi di soccorso senza la presenza di personale sanitario che sui mezzi con personale sanitario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In funzione di quanto sopra espresso, chi opera nell'ambito di un sistema di emergenza-urgenza *deve ottenere la qualifica di Soccorritore* tramite un corso che permetta di acquisire conoscenze di base.

#### *Compiti e finalità*

Il Volontario Soccorritore deve essere in grado di affrontare le situazioni di emergenza-urgenza, con o senza figure professionali del Servizio Sanitario Nazionale e deve sapersi interfacciare con le Centrali di coordinamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) anche con l'apprendimento di linguaggi comuni.

#### *Contenuti del modello formativo*

- Conoscenza
- Manualità operativa
- Atteggiamento e comportamento

Il modello formativo dovrà contenere:

- conoscenze e abilità pratiche nelle manovre di supporto alla funzioni vitali di base nelle varie condizioni che si possono presentare
- conoscenza dei protocolli attivati all'interno della Centrale Operativa e sui mezzi di soccorso
- conoscenza dei protocolli attivati nelle strutture sanitarie
- conoscenza dei protocolli di coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza
- conoscenza degli specifici strumenti tecnologici
- modalità di rapporto con l'utenza, soprattutto nei casi di altra criticità

Si dovrà inoltre prevedere simulazioni delle reali condizioni in cui il soccorritore potrebbe operare e un periodo di tirocinio.

#### *Contenuti specifici*

- Aspetti relazionali nell'approccio al cittadino malato:
- L'organizzazione dei sistemi d'emergenza
- Aspetti giuridici di responsabilità del volontario soccorritore
- Il supporto vitale di base
- Norme di primo soccorso
- Supporto vitale al trauma
- Trattamento delle lesioni
- Problematiche del soccorso in situazioni specifiche quali:
  - psichiatria
  - tossicodipendenza
  - alcolismo
  - maltrattamenti e abusi
  - ostetricia
- I mezzi di soccorso, igiene e prevenzione nel soccorso, igiene degli strumenti e dei mezzi
- Prevenzione antinfortunistica e sicurezza degli operatori
- Conoscenza degli ausili sanitari e strumentali

#### *Verifiche*

Per la verifica ed il controllo di qualità e continuità della preparazione raggiunta e delle prestazioni erogate, si prevedono prove pratiche.

#### **4.3.2. Formazione del volontario nell'assistenza domiciliare e socio-sanitaria**

In questi ultimi tempi a causa di una notevole restrizione del welfare state, è aumentata in modo abbastanza considerevole la richiesta di volontari che si occupano di assistenza domiciliare e socio sanitaria.

E' comunque importante distinguere i due piani (anche se in alcuni casi i due livelli tendono a coincidere) per orientare in modo chiaro gli stessi volontari che operano all'interno del settore.

**Per interventi di assistenza domiciliare** si intendono tutti quegli interventi che vengono realizzati esclusivamente all'interno di una casa e sono finalizzati ad ottimizzare la vita all'interno delle mure domestiche.

**Per interventi socio sanitari** si intendono tutti quegli interventi che contengono risvolti sociali e sanitari che possono essere realizzati in contesti diversi (a casa, in strutture, sul territorio, etc.) finalizzati ad ottimizzare la qualità complessiva della vita.

Non riteniamo però proporre due piani distinti di formazione ma fornire allo stesso volontario un bagaglio di competenze utilizzabili in tutti e due gli ambiti .

### *FORMAZIONE DI BASE*

Anche in questo settore suddivideremo la formazione nei tre soliti ambiti.

#### *Ambito del sapere*

- la figura del volontario,
- l'aspetto politico e sociale del volontariato,
- le associazioni di volontariato nella società complessa
- il welfare state e il welfare community
- le diverse tipologie di interventi sia sociali che sanitari
- le varie forme di disagio e la cultura della diversità
- le diverse tipologie di famiglie presenti alle soglie del 2000
- le famiglie problematiche e le loro problematiche

#### *Ambito del saper essere*

- la motivazione personale al servizio
- la relazione interpersonale
- l'affettività
- l'empatia
- la gratuità
- la relazione all'interno di un nucleo familiare e il proprio vissuto personale: quale connessione e quali difficoltà.

#### *Ambito del saper fare*

- Riconoscere i diversi tipi di disagio
- Riconoscere i bisogni e le risorse di un territorio (mappatura)
- Saper progettare un intervento all'interno di contesti differenti
- Saper utilizzare gli strumenti dell'animazione territoriale
- Saper organizzare e gestire degli interventi all'interno di una struttura familiare (economia domestica e tutto quello che può essere connesso alla gestione di un contesto di vita come la famiglia).
- Saper valutare in modo analitico il proprio operato

### *FORMAZIONE CONTINUA*

La formazione continua in questo settore deve prendere in considerazione due importanti aspetti. **La lettura e razionalizzazione del proprio agire di volontario** che favorisce il confronto tra i diversi volontari per ottimizzare il proprio agire ma anche per creare una nuova cultura dell'intervento sociale.

**L approfondimento delle problematiche sia organizzative e tecniche** che permettono al volontario di rispondere in modo “professionale” adeguandosi alle nuove conoscenze del settore. Questo aspetto è quindi caratterizzato dalla necessità di fornire ai volontari le innovazioni (strumentali e non) che possono aumentare la qualità dell’intervento. Questa formazione continua deve essere però organizzata in modo di non appesantire troppo il volontario e rispondere a bisogni emersi sul campo.

#### **4.3.3. La formazione del volontario nella prevenzione e riabilitazione del disagio**

Risulta difficile definire in questo documento i confini che ci permettono di delineare in modo esaustivo il disagio e le sue diverse espressioni (cosa che potrebbe risultare alquanto complessa e sfuggibile a criteri di oggettività). Ci limiteremo quindi a considerare i soggetti verso cui il settore sanitario rivolge la propria attenzione e che possono essere o causa o effetto di disagio.

Nel dettaglio essi sono:

- disabili
- tossicodipendenti
- detenuti
- positivi alla HIV
- Immigrati e extracomunitari
- Rifugiati e profughi

Considerato questo variegato ventaglio di problematiche non è possibile pensare a dei percorsi di formazione validi per tutte queste tipologie ma ad una formazione modulare strutturata in due livelli: di base e permanente.

#### *FORMAZIONE DI BASE*

In questa fase possono essere distinti dei moduli comuni a tutte e sei le tipologie presentate precedentemente e precisamente:

##### *Ambito del sapere*

- la figura del volontario,
- l’aspetto politico e sociale del volontariato,
- le associazioni di volontariato nella società complessa
- le varie forme di disagio e la cultura della diversità

##### *Ambito del saper essere*

- la motivazione personale al servizio



- la relazione interpersonale
- l'affettività
- l'empatia
- la gratuità

*Ambito del saper fare*

- Riconoscere i diversi tipi di disagio
- Riconoscere i bisogni e le risorse di un territorio (mappatura)
- Saper valutare in modo analitico il proprio operato

È necessario poi pensare dei moduli specifici nei diversi settori di intervento che devono fornire al volontario le conoscenze teoriche necessarie a riconoscere in modo adeguato le principali caratteristiche del soggetto e gli strumenti operativi specifici per attivare un intervento o di tipo preventivo o riabilitativo. Questi moduli possono essere inseriti all'interno dell'ambito del saper fare e del saper essere.

*FORMAZIONE CONTINUA*

Anche in questo ambito è necessario pensare ad una formazione modulare (questo facilita anche la non eccessiva settorializzazione del intervento che molte volte crea delle barriere insormontabili tra le diverse associazioni che operano sul territorio). Deve quindi prevedere dei moduli comuni e dei moduli specifici per ogni settore.

Non essendo possibile pensare a priori quali potrebbero essere i contenuti di questa formazione rimandiamo il lettore alle considerazioni contenute nel paragrafo della formazione continua riguardo l'analisi dei bisogni riscontrati sul campo da parte dei volontari e sulla metodologia della ricerca intervento.

#### **4.4. I CONTENUTI DELLA FORMAZIONE**

Risulta ormai assodato nella "fase formazione" di molti enti ed associazioni di volontariato la necessità di sviluppare dei percorsi in grado di sviluppare delle conoscenze in tre diversi ambiti: sapere, saper fare e saper essere.

##### **4.4.1. Area del sapere**

Quest'area è caratterizzata dalla necessità di far acquisire al volontario un bagaglio di conoscenze e competenze che gli permettano di inserire il proprio servizio all'interno di un contesto specifico.

E' necessario approfondire tutte quelle tematiche che diano all'azione del volontario una forte rilevanza sociale e una adeguata visibilità sul territorio.

Un primo aspetto da prendere in considerazione in quest'area è di riuscire a presentare in modo semplice ma esaustivo sia il **percorso storico** che ha caratterizzato l'intervento dei volontari e come esso abbia influenzato **i diversi approcci legislativi** (nazionale, regionale e locale) degli ultimi anni.

Tale percorso storico non deve però limitarsi ad una presentazione cronologia di fatti e/o, personaggi e/o situazioni ma deve riuscire a far capire ai partecipanti alla formazione il contesto socio/economico e politico dove gli stessi si sono realizzati e a quale bisogno hanno cercato di rispondere.

Un secondo aspetto da prendere in considerazione è quello della **identità e motivazione del volontario**.

Questo permette al volontario di vivere questa esperienza non solo come individuo (dimensione del resto molto importante) ma anche come "categoria" in cui si riconosce (identità) e ne condivide le motivazioni di fondo (siano essere di tipo religioso o laico).

Anche in questo caso è necessario che la presentazione di questo ambito non avvenga esclusivamente con (lezioni frontali) ma permetta al volontario di fare dei continui paralleli tra la teoria, la propria identità e motivazione e quella degli altri volontari (attraverso una metodologia più attiva).

Nell'ambito del sapere è anche necessario inquadrare **l'azione del volontario dal punto di vista socio/politico e le finalità** che esso si prefigge alla fine del secondo millennio.

In questo ambito è necessario presentare come alla luce di una crisi profonda del Welfare State che causa una diminuzione sensibile dell'intervento dello Stato in alcuni settori (sociale, sanitario). Questa contrazione porta come conseguenza la necessità che la comunità (intesa come insieme di persone che vivono in uno specifico territorio) si faccia sempre più carico di quelle fasce di persone che si trovano in situazione di bisogno (Welfare Community).

#### **4.4.2. Area del saper essere**

In quest'area è necessario fare emergere nel volontario la capacità di relazionare con gli utenti e con i volontari e le modalità con cui atteggiarsi nelle diverse situazioni che si vengono a creare.

Considerando la particolarità delle tematiche toccate, tale ambito necessita di una attenzione metodologica particolare caratterizzata da una formazione essenzialmente attiva e realizzata attraverso attività di gruppo condotte da un esperti in grado di far emergere e razionalizzare il vissuto personale di ciascuno.

Il primo aspetto da prendere in considerazione è **l'approfondimento delle proprie capacità relazionali** e come queste possano rendere il nostro intervento di volontari efficace. Capacità relazionali intese come:

- il riconoscimento dell'altro;
- la diversità come ricchezza e non come limite;
- le diverse modalità del comunicare;
- la gestione dei conflitti
- la comunicazione efficace (positività, non giudizio, presa di decisione etc.);
- la frustrazione e l'ansia all'interno di una relazione;
- l'affettività e l'empatia.

Il secondo aspetto è quello degli atteggiamenti da tenere all'interno delle diverse situazioni. Gli atteggiamenti verso cui orientare la nostra attenzione sono:

- rispetto;
- solidarietà;
- chiarezza;
- empatia;
- reciprocità

Le situazioni in cui si dovrebbero sperimentare questi atteggiamenti sono: contatto iniziale; accoglienza; la presa in carico; gestione della quotidianità; verifica e valutazione dell'intervento; rapporto con i professionisti; rapporto con gli altri volontari e rapporto con le istituzioni

#### **4.4.3. Area del saper fare**

Questa è l'area che meno si presta a generalizzazioni in quanto prevede che il volontario di acquisisca quelle competenze tecniche specifiche del settore in cui egli opera.

Ci limiteremo quindi ad identificare alcuni aspetti generali di conoscenze/competenze che dovranno essere poi sviluppate in modo specifico all'interno di ogni settore (o organizzazione) in cui la formazione viene realizzata:

- l'organizzazione del servizio o dei servizi in cui il volontario viene inserito
- i differenti ruoli presenti all'interno del servizio
- le diverse mansioni svolte
- la modalità con cui si svolgono queste mansioni (abilità operative)
- gli strumenti necessari a compiere quella determinata mansione
- il limite del volontario nello svolgere queste mansioni
- come verificare l'efficacia nello svolgimento di una specifica mansione.

## 4.5. LE FASI DELLA FORMAZIONE

### 4.5.1. Identificazione dei bisogni

In ogni percorso formativo risulta essere di fondamentale importanza riuscire ad identificare sia i bisogni delle persone coinvolte e sia i bisogni del territorio.

Considerando che il target verso cui è orientata la formazione è formato da volontari (quindi persone che si avvicinano all'area sanitaria per scelta e non per motivi professionali) la corretta identificazione dei bisogni diventa di fondamentale importanza anche in funzione della continuità dell'impegno del volontario.

Innanzitutto è necessario differenziare i diversi bisogni e precisamente:

- a. **bisogni intrinseci**, legati alla propria dimensione interiore (es: il piacere di sentirsi riconosciuti, il piacere di sentirsi utili, etc.)
- b. **bisogni estrinseci**, legati alla dimensione esteriore e sociale (il piacere di fare del bene, di far avanzare la società, ovvero di superare le discriminazioni, etc.)

Per rilevarli si ipotizzano due momenti:

- 1) prima dell'attivazione della formazione attraverso degli strumenti di rilevazione (questionari, interviste, etc.) da somministrare ad un campione di volontari già presente sul campo per cercare di identificare quali siano i bisogni più emergenti e in che modo questi bisogni si trasformino in aspettative.
- 2) in coincidenza con il primo momento di formazione nel corso del quale, utilizzando sempre degli strumenti di rilevazione strutturati, si rilevano i bisogni del gruppo di volontari (ricordiamo che la dimensione gruppo è di fondamentale importanza) e si cercherà di comprendere se la formazione o l'attività diretta con l'utente siano in grado di soddisfarli.

Rispetto al secondo punto è necessario attivare una mappatura del territorio identificando:

- i problemi sia conclamati che latenti;
- le risorse presenti sul territorio;
- le risposte ai problemi (strategie e progetti);
- le zone grigie (i problemi che hanno risposte poco adeguate) e i buchi neri (quei problemi verso cui nessuno dà una risposta).

Questa mappatura, per essere rappresentativa della realtà territoriale deve essere costruita in una logica di "rete di relazione positiva" e deve vedere coinvolti tutti gli attori territoriali

#### **4.5.2. Progettazione dell'intervento formativo**

Per progettare un evento formativo in grado di rispondere in maniera adeguata sia ai bisogni dei volontari coinvolti che al livello di competenze e conoscenze previste dal compito è necessario che il gruppo dei progettisti (in cui è auspicabile la presenza di esperti nei processi formativi) seguano alcune fasi specifiche:

- a) identificazione dei bisogni del territorio (vedi paragrafo precedente)
- b) rilevazione dei bisogni dei possibili volontari (vedi paragrafo precedente)
- c) analisi del livello di competenze ed abilità del gruppo di volontari che si sono iscritti (o potenziali)
- d) strutturazione di un piano di formazione che definisca:
  - finalità;
  - obiettivi specifici;
  - contenuti della formazione,
  - articolazione didattica del corso;
  - metodologia nella conduzione delle lezioni;
  - tempi di svolgimento della formazione
  - materiali per ottimizzare gli apprendimenti (sussidi didattici, etc.)
- e) strumenti e modalità di valutazione del percorso formativo rispetto:
  - il raggiungimento degli obiettivi previsti
  - il livello di apprendimento
  - il livello di relazione nel gruppo.

#### **4.5.3. Orientamento e accoglienza dei possibili volontari**

Il primo momento in cui il volontario entra in contatto con una associazione è sicuramente di fondamentale importanza per il futuro impegno all'interno della organizzazione. Quindi una formazione di base di questi volontari deve considerare come centrale il problema dell'orientamento e della accoglienza.

Rispetto all'orientamento è necessario che il percorso formativo preveda un modulo che potremo denominare "definizione del contratto formativo" in cui si offre al volontario la possibilità di conoscere:

- le proprie attitudini e competenze
- le proprie aspettative
- i bisogni del territorio
- che cosa può offrire la organizzazione

- una valutazione rispetto il settore di impegno lui si sentirebbe più adeguato che cosa gli può offrire la formazione per acquisire le conoscenze e competenze specifiche il quel determinato settore.

A conclusione di questo modulo l'allievo deve sentirsi orientato verso una scelta di impegno e di disponibilità.

Rispetto all'accoglienza è necessario che all'interno dei diversi moduli si tenga conto non solo dell'ambito del sapere e del saper fare ma anche del saper essere creando un clima di relazione positiva ed affettività. Questo clima si può raggiungere attraverso due strade: la realizzazione di alcuni moduli centranti sul gruppo e sugli aspetti relazionali; l'identificazione di una figura di "Tutor d'aula" che si occupa esclusivamente dell'accoglienza e delle problematiche relazionali del gruppo

#### **4.5.4. Realizzazione dell'intervento**

Per la realizzazione dell'evento formativo è necessario porsi alcune attenzioni specifiche:

- la durata che deve tenere conto da una parte della necessità di conoscere e dall'altra del livello di disponibilità degli allievi (presumibilmente dev'essere compreso tra le 20 e le 50 ore);
- i momenti in cui vengono svolti i diversi moduli (sabato e/o domeniche, sere infrasettimanali, pomeriggi etc.);
- i luoghi di svolgimento che devono favorire sia la relazione (non aule scolastiche strutture flessibili e modificabili dove poter fare anche delle simulazioni, dei giochi di ruolo etc.);
- la scelta dei relatori che devono essere principalmente delle persone in grado di far emergere non solo l'aspetto delle proprie competenze ma anche la loro disponibilità e capacità di trasmettere "una esperienza sul campo";
- i materiali didattici che devono essere semplici e utilizzabili dagli allievi.

#### **4.5.5. Verifica e documentazione dell'esperienza**

Come già evidenziato nel paragrafo della progettazione, è necessario realizzare una valutazione adeguata sia in termini di efficienza ed efficacia

Questa verifica deve essere realizzata attraverso la messa a punto di alcuni strumenti di valutazione specifici che debbono però essere: di facile comprensione, di notevole chiarezza rispetto ai diversi items, di sistematicità e scientificità rispetto al sistema di misurazione.

Per quanto concerne la documentazione è necessario che per tutti i moduli venga prodotto del materiale sia di sintesi che di approfondimento. Questo materiale dovrà essere realiz-

zato dai diversi relatori (lucidi, schemi, articoli etc.) e successivamente consegnato a conclusione di diversi moduli. Sarà inoltre necessario che gli organizzatori definiscano una persona in grado di raccogliere il diverso materiale realizzato all'interno dei moduli nei lavori di gruppi e nelle simulazioni. Questa persona potrebbe coincidere con il "Tutor d'aula" (vedi paragrafo precedente).

#### **4.6. CONCLUSIONI**

Per concludere, vogliamo solo accennare ad alcuni temi che dovranno essere considerati in futuro.

##### **Certificazione della qualità**

Si tratta in particolare del problema dell'accreditamento degli enti o agenzie che sviluppano attività di formazione per il volontariato e della possibile cooperazione interistituzionale in tema di formazione.

Per quanto concerne l'accreditamento degli enti che erogano formazione si tratta di un tema scottante e di grande attualità in quanto va considerato il fatto che ultimamente il settore si presta ad attività speculative operate da soggetti che operano secondo una logica di profitto, a fronte di qualità delle prestazioni non sempre in linea con tale prospettiva. Senza voler assumere atteggiamenti moralistici, vogliamo evidenziare la necessità che ogni ente si qualifichi (e venga conseguentemente "certificato" da istituzioni competenti) per la tipologia di prestazioni e servizi erogati, per la loro qualità, permettendo inoltre l'identificazione chiara delle sue finalità societarie. Ai gruppi di volontariato spetterà, conseguentemente, saper valutare il rapporto costi - benefici (inteso in senso ampio) riguardo le proposte di diversi enti presenti sul territorio la cui competenza sia però riconosciuta e certificata.

##### **Centri servizio**

Da sottolineare l'importanza, che in alcune regioni hanno assunto e in altre dovranno assumere i centri servizio. Queste strutture dovranno essere potenziate, quale strumento formativo essenziale per le organizzazioni di volontariato.

*Sempre maggiore spazio e dignità dovrà assumere anche la formazione dei dirigenti e dei responsabili ai vari livelli dell'organizzazione di volontariato.*

Il volontariato in sanità, deve potere accedere ad una formazione che gli consenta di affrontare la complessità (attivazione dei processi organizzativi, discrezionalità delle decisioni, sapersi rapportare alla dimensione delle problematiche, interdipendenza con le professionalità e le strutture organizzative di qualsiasi sistema); la responsa-

bilità (capacità di decidere, attuazioni di decisioni e verifica tra previsioni e risultato); la flessibilità (variabilità della domanda, adattabilità della risposta ed elasticità nella realizzazione del processo).

Da ultimo ci piace evidenziare come la formazione possa costituire un ambito molto interessante di cooperazione interistituzionale tra volontariato ed enti pubblici o tra gruppi di volontariato con diverse finalità ed ambiti di azione.

Esperienze molto positive a tale riguardo sono già state effettuate in alcune aree del Paese. Diffondere tali esperienze può rappresentare un'ottima opportunità di disseminazione di una "buona prassi".



## Appendice

### 5. LE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO NELLA SANITA

*(SINTESI della ricerca commissionata dal servizio Studi e Documentazione alla Fondazione Italiana per il volontariato)*

#### 1 I diversi settori di intervento del volontariato organizzato

Il fenomeno del volontariato costituisce una galassia composta di diversi tipi di realtà impegnati sui molteplici fronti dell'impegno sociale. Non a caso si parla dei molti volontariati adducendo alle specializzazioni e alle scelte di campo dei cittadini organizzati solidariamente. È un fenomeno che inevitabilmente si stratifica nel tempo risentendo fortemente della dinamica dei processi sociali che fanno emergere nuovi bisogni e che richiedono un'estensione della sua sfera di intervento, così come le organizzazioni di volontariato hanno dovuto tenere conto dei bisogni di nuove utenze o di nuovi bisogni di utenze tradizionali.

Le organizzazioni censite nel 1997 confermano la prevalente e radicata opzione ad operare nell'ambito delle politiche di Welfare nei settori socio-assistenziale e sanitario, che da soli rappresentano il 69,9% delle organizzazioni rilevate (tab. 1). Tutte le altre componenti del volontariato organizzato non superano la soglia del 7%.

Tab. 1. I settori di intervento del volontariato organizzato

<b>Tipologia:</b>	<b>v.a.</b>	<b>%</b>
Socio-assistenziale	4.572	43,5
Sanitario	2.776	26,4
Attività educative	740	7,0
Tutela e promozione	673	6,4
Protezione civile	515	4,9
Cultura	493	4,7
Ambiente	481	4,6
Sport-attività ricreative	266	2,5
<i>Totale</i>	<i>10.516</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Rilevazione FIVOL 1997

Il volontariato di 'welfare' si fa carico di operare in soccorso dei bisogni di diverse utenze, trascurati o non pienamente soddisfatti dai servizi pubblici e privati, o che richiedono ri-

sposte ad elevato spessore relazionale per integrare le prestazioni standardizzate e routinarie dei servizi pubblici o privati esistenti. Talvolta si tratta di servizi ausiliari al sistema pubblico, come nel caso della promozione della donazione e della raccolta del sangue - che in Italia vengono organizzati parallelamente al sistema sanitario pubblico, pur se in un regime convenzionale - e delle attività di soccorso e di protezione civile. Talaltra di servizi a carattere primario come quelli di accoglienza o di primo filtro del bisogno o di vera e propria emergenza con un sostegno materiale ed economico immediato nei confronti di categorie di emarginati gravi per i quali non esiste un equivalente nei servizi pubblici.

Si tratta di servizi che richiedono un facile accesso per l'utenza e interventi strutturati ma flessibili, soprattutto per quanto concerne gli orari e la disponibilità degli operatori. Questo volontariato costituisce una infrastruttura leggera del sistema di servizi sociali, anche se talvolta gestisce servizi complessi e con elevata spesa.

Analizzando le 10.516 organizzazioni esaminate si evince che i destinatari degli interventi di volontariato sono soprattutto *persone malate e anziane* - e spesso le due condizioni si sommano (tab. 2). Ma è cospicua anche l'attenzione ai disabili, segno di una avanzata cultura dell'integrazione nel nostro Paese, a cui non sono estranee anche conquiste legislative come la legge sull'inserimento scolastico degli handicappati, la legge quadro sull'handicap e la L. 180, per citare forse le più significative, che richiedono un forte impegno attuativo e una costante vigilanza circa la loro applicazione.

Il volontariato opera poi per l'inclusione sociale di molteplici gruppi di popolazione e categorie emarginate e devianti, per le quali gestisce specifiche e capillari attività di ascolto, orientamento e primo aiuto non riscontrabili nel pubblico oltre ad aver aperto anche la strada ad altre forme organizzative del terzo settore, avendo sperimentato per primo la gestione di comunità terapeutiche, di case famiglia, di attività di strada, di assistenza domiciliare (es. per i malati terminali) (tab. 3).

Le prestazioni maggiormente caratterizzanti l'azione del volontariato organizzato sono quelle che le connotano come infrastruttura leggera del welfare, orientata all'ascolto, al sostegno psicologico, all'animazione socio-culturale, all'educazione e insegnamento prima ancora che all'assistenza, al servizio di accompagnamento (tab. 4).

Ma è un volontariato sempre più consapevolmente attento alla prevenzione del disagio e alla promozione sociale delle persone e documentato circa i bisogni e le risorse attivabili e da connettere nel territorio in cui opera.

*Tab. 2 - Le aree di intervento delle organizzazioni di volontariato (con indicazione delle tre prime opzioni in ordine di priorità)*

Tipologia:	<i>in totale</i>		<i>priorità</i>		
	<i>v.a.</i>	<i>%</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>area della sofferenza psicofisica</i>					
Malati	3.951	37,6	26,3	3,6	2,7
malati mentali	585	5,6	0,9	0,7	1,1
malati terminali	503	4,8	0,6	0,9	0,7
Sieropositivi-malati di AIDS	474	4,5	0,5	1,1	0,5
<i>Totale area(*)</i>	<i>4.594</i>	<i>43,7</i>	<i>28,3</i>		
<i>area della disabilità</i>					
Handicappati fisici	1.962	18,7	6,2	3,9	3,1
Handicappati psichici	1.365	13,0	2,4	4,3	1,3
Anziani non autosufficienti	1.474	14,0	1,6	5,5	3,0
<i>Totale area(*)</i>	<i>2.942</i>	<i>28,0</i>	<i>10,3</i>		
<i>area della esclusione</i>					
Poveri	1.813	17,2	6,3	2,3	2,3
Immigrati	1.262	12,0	2,3	1,8	1,7
Profughi	448	4,3	0,3	0,6	0,5
Nomadi	442	4,2	0,3	0,5	0,5
Senza tetto	471	4,5	0,4	0,8	0,5
<i>Totale area(*)</i>	<i>2.486</i>	<i>23,6</i>	<i>9,6</i>		
<i>area della devianza</i>					
Tossicodipendenti	763	7,3	2,8	0,7	0,5
Alcoolisti	524	5,0	0,8	0,6	0,6
Detenuti ed ex-detenuiti	473	4,5	0,7	0,4	0,5
Prostituzione	139	1,3	0,1	0,1	0,1
Devianza in generale	769	7,3	1,1	1,2	1,2
Contesti a rischio	493	4,7	0,6	0,6	0,8
<i>Totale area(*)</i>	<i>1.941</i>	<i>18,5</i>	<i>5,9</i>		
<i>area della famiglia</i>					
Donne	378	3,6	0,9	0,5	0,4
Ragazze madri	694	6,6	1,3	0,7	0,8
Coppie e famiglie	1.443	13,7	2,9	3,4	2,9
<i>Totale area</i>	<i>1.844</i>	<i>17,5</i>	<i>5,1</i>	<i>3,1</i>	<i>0,8</i>
<i>area degli ambiti della partecipazione civica</i>					
Protezione civile	1.076	10,2	4,4	2,6	1,0
Beni ambientali	1.027	9,8	4,1	3,5	0,8

Beni culturali	740	7,0	2,3	1,8	1,3
Difesa degli animali	410	3,9	1,0	1,3	0,9
<i>Totale area(*)</i>	<i>2.025</i>	<i>19,3</i>	<i>11,7</i>		
<i>area dei gruppi anagrafici</i>					
Anziani	3.081	29,3	11,2	8,1	4,6
minori 0-12	1.850	17,6	5,4	3,9	3,2
Adolescenti 14-17	1.788	17,0	2,5	6,2	2,9
Giovani 18-29	1.443	13,7	1,9	2,5	4,1
<i>Totale area</i>	<i>4.756</i>	<i>45,2</i>	<i>21,0</i>		
<i>Altro</i>	<i>197</i>	<i>1,9</i>	<i>0,7</i>	<i>0,6</i>	<i>0,2</i>

(\*) I totali di area sono calcolati sulle organizzazioni indipendentemente dal fatto che abbiano fornito una o più risposte alle categorie

Fonte: Rilevazione FIVOL 1997

Tab. 3 - Strutture organizzative e altri ambiti in cui operano le organizzazioni di volontariato e l'incidenza percentuale di quelle gestite direttamente dal volontariato

Tipologia delle strutture			gestite dal volontariato sul totale
	v.a.	%	
Strutture ospedaliere e ambulatoriali	3.147	29,9	13,6
Centri di ascolto e di prima accoglienza o di accoglienza temporanea	2.211	21,0	66,1
Strutture educative (scuole, CFP..)	2.189	20,8	11,7
Parrocchie od oratori	1.413	13,4	28,3
Centri sociali	1.405	13,4	39,4
Case di riposo	1.292	12,3	12,3
Centri di studio, ricerca, documentazione	849	8,1	50,8
Strutture di protezione civile	767	7,3	34,5
Parchi, riserve naturali	607	5,8	13,2
Case famiglia	533	5,1	39,8
Centri di riabilitazione	508	4,8	30,7
Comunità terapeutiche	446	4,2	28,9
Centri di reintegrazione	438	4,2	46,8
Consultori	436	4,1	33,3
Alloggi protetti	421	4,0	28,0
Centri di orientamento scolastico-professionale	398	3,8	46,5

Patronati e segretariati sociali	328	3,1	51,5
Istituti educativo-assistenziali	325	3,1	18,5
Istituti. Penali o misure alternative	285	2,7	7,7
Strutture culturali (musei, teatri...) e sportive	259	2,5	19,7
Altro	141	1,3	100,0
Nessuna (o propria sede)	1.671	15,9	5,1
Altri ambiti:			
Domicili privati, famiglie	4.237	40,3	
Strada, quartiere	3.025	28,8	
Aree disastrose	805	7,7	
Campi nomadi	240	2,3	
Campi di lavoro	293	2,8	
Ambienti naturali	1.278	12,2	
Altro	323	3,1	
Nessun ambito	3.752	35,7	

Fonte: Rilevazione FIVOL 1997

Tab. 4. Le prestazioni delle organizzazioni di volontariato in ordine di frequenza ( %)

tipologia delle prestazioni	% sul totale org.ni
Ascolto	36,9
animazione socio-culturale/intrattenimento	36,0
educazione, insegnamento	30,3
assistenza sociale	26,6
Accompagnamento	26,3
assistenza morale-religiosa	24,1
Prevenzione	23,4
Visite	21,8
ricerca, studio, documentazione	20,2
sostegno economico	19,2
assistenza sanitaria	18,9
promozione/difesa dei diritti	17,6
assistenza domiciliare	17,6
trasporto malati e soccorso	16,5
raccolta sangue	14,3
Rieducazione	13,1
ascolto telefonico	13,0

assistenza legale	12,0
educazione alla mondialità	10,6
promozione della donazione	9,7
formazione professionale	8,3
Riabilitazione	6,6
patronato e segretariato sociale	6,5
servizio mensa	6,1
promozione di adozioni e affidi	5,6
servizio lavanderia e guardaroba	5,2
Altre	8,6
<u>n° medio di prestazioni indicate</u>	<u>4.5</u>

Fonte: Rilevazione FIVOL 1997

## 1.2 Le organizzazioni di volontariato che operano prioritariamente od esclusivamente nel settore sanitario

Il secondo settore di intervento per numero di organizzazioni censite, sempre nel settore del 'welfare', è quello **sanitario**. Questo settore raggruppa oltre un quarto delle realtà strutturate del volontariato (26,4%) e aggrega il 36% dei volontari attivi in modo gratuito e continuativo (almeno 1 volta alla settimana). Insieme al volontariato socio assistenziale vanta un'antica tradizione alle spalle, ma soprattutto a partire dagli anni '80 alcune condizioni hanno favorito il determinarsi di un'ampia tipologia di partecipazione volontaria in svariati settori che concernono l'assistenza alla persona: si pensi al verificarsi di una serie di cambiamenti nel nostro paese, dal crescere della partecipazione dei cittadini nell'impegno sociale, al verificarsi di inefficienze e scarsa qualità della risposta dei servizi pubblici in determinate aree di intervento o per specifiche categorie di utenza, la stessa evoluzione del Welfare State e la sua progressiva trasformazione in un sistema misto (pubblico e privato) di responsabilità che trova a livello locale la sua legittimazione e sviluppo.

Questo settore comprende al suo interno diversi tipi di realtà associative, anche molto diversi tra di loro per specifica vocazione, da quelli che si occupano della cura della persona, al soccorso o intervento di emergenza, a quelli della donazione del sangue e degli organi, alla tutela dei pazienti o di particolari categorie di malati.

Le principali articolazioni vocazionali interne sono le seguenti 4: donazione di sangue e organi (34,4%), assistenza sanitaria direttamente erogata (17,3%); visite, assistenza morale, ascolto dei malati (10,7%); assistenza legale e riconoscimento dei diritti dei malati (3,8%); trasporto di ammalati, guida di ambulanze e soccorso (20%); altro (riabilitazione, prevenzione etc. 13,8%). In media ciascuna organizzazione svolge più di una (1.7) di queste attività.

Come ben si evince l'intervento del volontariato è quello di costituire una infrastruttura a latere dei servizi sanitari, e nel caso in cui si occupa dell'utenza assolve ad un ruolo di so-

stegno umano volto alla personalizzazione dell'assistenza piuttosto che farsi carico della stessa.

Vi è altresì nell'ambito del settore socio-assistenziale, precedentemente esaminato, il 9,2% di organizzazioni che operano in strutture ospedaliere con uno specifico impegno di integrazione delle risposte. Il settore sanitario manifesta comunque caratteristiche in parte disomogenee rispetto a quelle del settore socio-assistenziale e distintive rispetto al fenomeno complessivo:

- le unità che lo comprendono sono in assoluto le più affiliate alle grandi organizzazioni di diffusione nazionale: l'84,3% rispetto al 48,7% del socio-assistenziale e al 57,9% complessivo, in ragione della forte capillarizzazione nel paese di organizzazioni quali AVIS, AIDO, ANPAS, le varie Croci che fanno soccorso, Misericordie, AVULS e AVO; di fatto per i tre quarti della loro consistenza (75,8%) sono collocate in comuni non urbani o microurbani (fino a 50 mila ab.) con un forte radicamento negli stessi, così che il bacino di utenza è comunale o subcomunale per sette organizzazioni su dieci, più di quanto si verifichi in ogni altro settore di intervento;
- sono quelle maggiormente in rapporto con l'Ente pubblico, dato che nel 53,3% dei casi sono convenzionate e di queste il 39% collabora anche operativamente con i servizi pubblici su specifici progetti. Non a caso annoverano l'aliquota percentuale più alta di organizzazioni che dispongono di prevalenti entrate pubbliche (46,5% rispetto al 24,8% totale) e quella più bassa di organizzazioni non iscritte o non idonee all'iscrizione ai Registri Regionali del volontariato: ne è estraneo non più di un terzo di unità;
- più che negli altri settori hanno avuto una crescita significativa nel periodo 1951-75, vale a dire prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (il 42,1% di quelle sorte in questo periodo), che pure ne ha facilitato l'ulteriore espansione dato che le unità costituite nell'arco temporale 1976-1985 rappresentano un'aliquota quasi altrettanto consistente;
- è il settore maggiormente rappresentato nelle regioni del Nord-Ovest (il 32,7% a fronte del 26,2% della popolazione), in virtù della più radicata presenza storica del volontariato in questa area del paese, mentre è attivo in misura proporzionalmente dimezzata rispetto alla popolazione nelle regioni del Sud (il 12,5% a fronte di una dimensione demografica pari al 24,6% del totale nazionale);
- la matrice ideale che ispira questo tipo di volontariato è decisamente quella laica: riguarda l'80,2% delle organizzazioni e costituisce una quota quasi doppia di quella riscontrabile nel settore socio-assistenziale (41,7%) e ben più elevata di quella rappresentata dal complesso del fenomeno (61,2%);
- si tratta di organizzazioni tra le più strutturate: esse rivelano la dotazione di almeno due organi di governo nel 43,3% dei casi, precedute solo dalle unità operanti nel settore della protezione civile (47,2%), a cui si accostano anche per la presenza di tutti e tre gli strumenti di formalizzazione (atto costitutivo, statuto e regolamento, nel 56,4% dei casi), mentre comprendono la maggior aliquota di realtà legalmente riconosciute o divenute tali nel tempo (43,9%);

- l'eterogenea composizione in vari sottotipi fa sì che al loro interno vi sia una notevole polarizzazione circa l'intensità settimanale dell'impegno complessivo dei volontari attivi: 4 organizzazioni su 10 rivelano un valore orario medio settimanale inferiore alle 60 ore e quasi altrettante superiore a 160. Queste organizzazioni si distinguono da tutte le altre per l'impegno settimanale per volontario più ridotto (fino a tre ore in media) che riguarda il 44,1% di esse rispetto al 33,7% delle unità impegnate nel socio-assistenziale e al 36,4% del totale, soprattutto in ragione del minor onere organizzativo e gestionale di molte organizzazioni che si dedicano unicamente alla promozione della donazione di sangue od organi;
- annoverano volontari con la più alta concentrazione nelle classi anagrafiche adulte, così che nel 72,5% delle realtà gli attivisti hanno un'età media tra i trentaquattro e i cinquanta anni. Minoritarie sono, particolarmente in questo settore, le organizzazioni con componenti giovanili e anziane oltre che quelle femminili (egemoni solo nel 18% dei casi) essendo la risorsa maschile quella prevalentemente impegnata in aree come la donazione di sangue e il soccorso. I volontari sono pertanto anche mediamente meno istruiti (il 56,7% al di sotto della media per anni di istruzione), ma con una vita professionale per lo più attiva (il 50% ha un'occupazione);
- queste unità dispongono altresì di altre componenti come gli operatori remunerati (che rivelano l'orario settimanale più lungo: 40 ore in 4 unità su 10 rispetto alle 3 su 10 in totale) e una larga sequela di volontari occasionali, sostenitori e soci; pertanto le organizzazioni sanitarie sono quelle che contano meno sulla sola presenza dei volontari (il 22,3% a fronte del 34% complessivo), pur praticando maggiormente campagne di reclutamento (l'87,8% rispetto al 71,1% del comparto socio-assistenziale);
- più di tutte le altre organizzazioni si concentrano su un solo tipo di utenza (malati o infortunati), anche se non disdegnano di rivolgersi all'intera popolazione con campagne e programmi di sensibilizzazione e prevenzione (21,4% a fronte del 12,5% complessivo), soprattutto da parte di quelle organizzazioni che promuovono la donazione di sangue e organi;
- anche rispetto alle prestazioni tendono allo specialismo (il 40,4% eroga un solo tipo di prestazione rispetto al 19,6% complessivo) che si articola su due tipi specifici di intervento: l'assistenza sanitaria tout court (41,9%), pur non trascurando quella socio-assistenziale (33%), e la promozione della donazione di sangue e organi (58%), mentre si impegnano meno per un'azione di consapevole prevenzione (il 16,9% rispetto al 25,4% delle organizzazioni di tipo socio-assistenziale).

Un approfondimento merita la componente più ampia del volontariato sanitario, ovvero quella finalizzata a promuovere *la donazione di sangue e di organi*, la cui origine è largamente collocabile nel periodo 1951-1975 e quindi rappresenta oltre alle organizzazioni più numerose nel settore (58%) anche quelle che hanno mediamente più storia. L'utenza a cui si rivolge il volontariato impegnato nella donazione di sangue e di organi è la popolazione in generale. I malati infatti costituiscono solo i beneficiari indiretti dell'azione donativa. In questo ambito operativo il rapporto dei volontari con i destinatari dei servizi è mediato



dall' esistenza della struttura organizzativa. La particolarità di questo rapporto costituisce un aspetto organizzativo e motivazionale molto interessante proprio per le dimensioni culturali e valoriali connesse al concetto del dono in forma anonima. Il comportamento donativo per essere alimentato ha bisogno di un sostegno di tipo organizzativo.

Circa i servizi resi l'impegno che assolve e che soprattutto assolverà in futuro in modo sempre più importante le organizzazioni sarà quello della sensibilizzazione della popolazione, come avviene per il volontariato che promuove la donazione degli organi. Infatti, con i cambiamenti introdotti dalla legge 107/90 i centri trasfusionali allestiti per la raccolta del sangue, fino ad ora gestiti dalle organizzazioni di volontariato, sono in via di trasferimento alle strutture pubbliche<sup>15</sup>. Di conseguenza resterà compito di questo volontariato specialistico e monotematico la divulgazione e la sensibilizzazione verso una corretta cultura della donazione così come la organizzazione della raccolta del sangue il cui valore economico è oggi in Italia calcolato in almeno 400 miliardi. Le unità locali del volontariato sono collegate o dipendenti per lo più a poche grandi organizzazioni nazionali: AVIS, FRATRES, FIDAS (insieme aggregano circa 1 milione e mezzo di donatori) e AIDO. Queste unità rivelano un modello organizzativo ben caratterizzato sia per la vita associativa in sé, sia per la realizzazione e l'efficienza dell'attività donativa in quanto tale. In altre parole questa forma di attività oltre ad un coordinamento dei donatori necessita di un raccordo con l'ambiente circostante (soprattutto con le strutture ospedaliere e ambulatoriali) per rendere utilizzabile e circolabile il "prodotto" della donazione. Inoltre si osserva un altrettanto alto grado di stabilità. I gruppi del volontariato donativo risultano in possesso, in misura significativamente maggiore, di atti formali (atto costitutivo, statuto e regolamento) e di organi di governo (organi direttivi, esecutivi e di controllo).

Anche con riferimento all'iscrizione ai registri regionali i dati mostrano un più assiduo rapporto con le pubbliche istituzioni da cui sono largamente dipendenti per quanto concerne le risorse economiche acquisite attraverso convenzioni e finanziamenti a rimborso per la gestione dei servizi. La componente dei volontari è decisamente maschile (solo o prevalentemente maschi nel 60% delle unità donative esaminate), tendenzialmente giovane-adulta (tra i 30 e i 45 anni e con la doppia veste di donatori e militanti dell'organizzazione).

### **1.3. Le organizzazioni di volontariato che operano nella sanità**

Un ulteriore approfondimento sulla fenomenologia del volontariato in ambito sanitario è stata condotta nell'ambito del progetto di ricerca su: "il volontariato nelle strutture di ricovero e nel territorio. Il contributo alla personalizzazione e umanizzazione nell'assistenza sanitaria pubblica".

Sono state selezionate 4.136 organizzazioni di volontariato, pari al 39,3% dell'universo noto e indagato dalla FIVOL nella rilevazione del 1997 (aggrega il 48,8% della forza volontaria attiva settimanalmente), che hanno la caratteristica di operare nella sanità, con interventi di assistenza diretta o con attività di rilevanza sanitaria o nelle istituzioni di cura,

---

<sup>15</sup> Per approfondimenti sul tema: Boccacin L. (a cura di), *Volontariato e donazione di sangue*, Fivol, 1997.

ma anche con compiti di promozione delle donazioni, soccorso, o con interventi socio-assistenziali in istituzioni sanitarie e tutela di specifiche categorie di malati. Proprio per questo motivo sono più delle 2.776 unità già esaminate precedentemente. Alla luce di questo la chiave di lettura per identificare in modo puntuale il volontariato di tipo sanitario o presente nelle strutture sanitarie, è la considerazione della loro diversa specializzazione.

Tab. 5 - Le organizzazioni di volontariato che operano nella sanità o con interventi sanitari

<b>TIPOLOGIA:</b>	<b>v.a</b>	<b>%</b>
Assistenza sanitaria	203	4,9
Assistenza socio-sanitaria	422	10,2
Soccorso ed emergenza	1.460	35,3
Donazione di sangue e organi	1.766	42,7
Tutela dei diritti dei malati	285	6,9
<i>Totale</i>	<i>4.136</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Rilevazione FIVOL 1997

Come ben si evince dalla tab. 5 prevale nel volontariato impegnato nel settore sanitario la componente dei servizi ausiliari o di rappresentanza e tutela dei malati piuttosto che la erogazione di specifiche prestazioni o la gestione di servizi alla persona dati in convenzione al volontariato. Qualora il volontariato risulti attivo nel settore esso è effettivamente considerato una risorsa aggiuntiva, un'opportuna integrazione sul piano relazionale ma anche organizzativo e delle prestazioni leggere che talvolta rende il servizio possibile. E' il caso, ad esempio, dell'assistenza domiciliare ai malati terminali che può svolgersi nell'ambito domestico del malato proprio per il supporto fornito dal gruppo di volontario i cui effettivi intervengono nel ruolo di "parente-amico". E' noto infatti che per realizzarsi l'assistenza a domicilio ha bisogno di poter contare sulla risorsa famiglia o su un sostituto di questa quale può essere il volontariato organizzato.

Le organizzazioni che interessano la ricerca sono quelle appartenenti ai primi due gruppi che costituiscono il 15,1% dell'universo.

Esaminando la distribuzione geografica delle organizzazioni impegnate in campo sanitario rileviamo una discreta uniformità di presenza delle varie specializzazioni del volontariato, se si eccettua una maggior disponibilità dei gruppi impegnati nelle strutture sanitarie nel Nord-Est, dove, per altro, insieme alle regioni del Sud è maggiormente consistente il contingente di organizzazioni impegnate per la tutela dei malati (tab. 6). La distribuzione per regione rivela una forte concentrazione in tre regioni: Lombardia, Emilia Romagna e Toscana che insieme rappresentano il 42,2% del totale.

Tab. 6 - La distribuzione nelle aree circoscrizionali del Paese delle organizzazioni che operano nella sanità o con interventi sanitari (%)

<b>TIPOLOGIA:</b>	<b>IN TO- TALE</b>	<b>NORD- OVEST</b>	<b>NORD- EST</b>	<b>CENTRO</b>	<b>SUD- ISOLE</b>
Assistenza sanitaria	4,9		5,7	5,1	
Assistenza socio-sanitaria	10,2		15,5	10,8	
Soccorso ed emergenza	35,3		30,2	38,1	
Donazione di sangue ed organi	42,7		40,2	40,0	
Tutela dei diritti dei malati	6,9		8,4	6,0	
Totale %	100,0		100,0	100,0	
Totale v.a.	4.136		854	863	
Totale % di riga	100,0		20,6	20,9	

Fonte: Rilevazione FIVOL 1997

Proprio per dare conto meglio delle diverse caratteristiche del volontariato nella sanità rispetto al fenomeno complessivo si può esaminare la Tabella 7, che avvalorata quanto detto a-

Tab. 7 – Indicatori che segnalano aspetti di differenziazione tra le organizzazioni di volontariato che operano nei servizi della sanità (N. 4.131), che operano esclusivamente o prioritariamente nel settore sanitario (N.

<b>Caratteristiche delle Organizzazioni</b>	<b>Operano della sanità</b>	<b>di cui esclusiv. o priorit. nel a-</b>	<b>Operano in totale</b>
	31,3	32,7	
Presenti in comuni micro-urbani o non urbani		75,8	58,3
	75,6	84,3	
Origine delle organizzazioni: da associazioni preesi	55,9	62,7	
Matrice culturale aconfessionale	71,3		61,2
Strutturazione: almeno 2 organi di governo		43,3	36,2
a-	54,7	56,4	
Si sono avvalse delle agevolazioni fiscali ex-L. 266 o intendono farlo		53,1	42,1

Numero medio volontari	44,4	47,0	34,0
Solo volontari	27,5	22,3	34,0
	21,3	12,7	
Età media: 34-50 anni	65,9		57,8
Istruzione dei volontari: sopra la media		43,3	55,9
	51,8	63,0	
Svolgono un solo tipo di prestazione	30,3		19,6
Iscritte ai registri regionali del volontariato		67,0	51,8
		53,3	31,9
	37,9	48,0	
Collaborano con i servizi socio-sanitari della ASL	41,3		30,9
Nessun rapporto con Ente o servizio pubblico		28,6	38,1
	42,4	46,5	
Assicurazione dei volontari	74,3		64,0
Cluster: costituiscono un'organizzazione "specialistica"		43,4	18,0

*In conclusione*

interno ma ben caratterizzato per laicismo, generalizzata affiliazione a centrali organizzative sovra-locali, forte radicamento nelle realtà comunali medio-piccole del paese, a partire

tramite il regime della convenzione. È il settore dei grandi numeri, per la dimensione media dei gruppi di volontari, per la quantità di altri soggetti che riesce a mobilitare attingendo numerose risorse anche economiche, per il più ampio impegno settimanale medio del suo personale retribuito, per il più elevato numero complessivo di ore settimanali dei suoi occupati.