

**RETE WELFARE RESPONSABILE**

*Una proposta per la società italiana*

**Salute di Prossimità e  
Valutazione Responsabile**

QUADERNO N. 5

## INDICE

<b>Presentazione</b>	Pag.
di Vincenzo Cesareo - Coordinatore nazionale RWR	3

### Prima parte

#### *LA RETE WELFARE RESPONSABILE*

<b>1. Finalità, struttura e attori della RWR</b>	7
1.1 Finalità e opzioni di fondo	7
1.2 Rete interuniversitaria, Comitato Scientifico, Advisory Board ed Enti	8
1.3 Estensione e comunicazione delle RWR	12
<b>2. Principali eventi della RWR 2015-2024</b>	14
<b>3. Programma attività per il 2025 del Coordinamento RWR</b>	21

### Seconda parte

#### *RESPONSABILITÀ, SALUTE E SERVIZI DI PROSSIMITÀ*

<b>Tendenze demografiche, fattori di crisi e azioni di riequilibrio</b>	25
di Gian Carlo Blangiardo	
<b>La salute di prossimità: una proposta per la ricalibratura del SSN</b>	30
di Guido Giarelli	
<b>Salute di prossimità. La costruzione di servizi territoriali: sfide e opportunità</b>	37
di Michele Marzulli, Lia Lombardi e Claudia Bonfichi	
<b>La dimissione dall'ospedale: risposte cliniche a bisogni sociali nel sistema della salute di prossimità</b>	41
di Elia Croce	
<b>La tutela della salute tra diritto individuale e interesse della collettività: differenti concezioni interpretative in una prospettiva storica</b>	47
di Nicola Pasini	
<b>Le sfide per una nuova sanità territoriale. Riflessioni da un punto di vista giuridico</b>	53
di Ennio Codini	
<b>Professione infermieristica e nuovi bisogni di cura</b>	57
di Sonia Tosoni	
<b>La gestione della non autosufficienza tra servizi territoriali, domiciliarità e lavori di cura</b>	61
di Valerio Corradi	

Terza parte  
*WELFARE E VALUTAZIONE RESPONSABILE*

<b>Valutazione e responsabilità</b> di Carlo Pennisi	67
<b>La valutazione dell'impatto sociale. sfide, metriche, esperienze nel Terzo settore italiano</b> di Folco Cimagalli, Umberto Di Maggio, Cristiana Di Pietro, Giuseppe Notarstefano	71
<b>Valutazione della politica di coesione e responsabilità istituzionale</b> di Cinzia Lombardo	75
<b>Spunti di semiologia sociale per una valutazione scolastica responsabile</b> di Martino Doni	79
<b>Valutare per apprendere: la valutazione di impatto del progetto "Giocare per diritto"</b> di Ornella Occhipinti	81

## *Presentazione*

Dall'avvio della propria attività (anno 2015), la Rete Welfare Responsabile (RWR) si è sempre più qualificata come uno spazio nel quale coloro che svolgono attività di ricerca e coloro che operano sul campo stabiliscono rapporti di collaborazione in grado di generare un valore aggiunto per tutti.

La Rete Interuniversitaria comprende oggi una sessantina di studiosi attivi in 22 sedi universitarie e una rete degli enti in costante crescita che comprende enti pubblici, imprese ed enti di Terzo settore che sono impegnati in iniziative di welfare innovativo. Sempre prezioso e rilevante è l'apporto offerto dai componenti dell'Advisory Board.

Nel corso del 2024 la RWR ha sviluppato nuovi percorsi di ricerca e promosso occasioni di riflessione in collaborazione con realtà accademiche e territoriali che stanno promuovendo nuove pratiche di welfare. Tra i principali eventi vanno ricordati il seminario di Pontignano sulla "valutazione responsabile", il convegno di Brescia sul Welfare sanitario e il seminario di Milano sull'accesso ai servizi sanitari nel welfare di prossimità. Le iniziative sono state rese possibili dai nostri enti sostenitori: la Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo, il Gruppo Assimoco e la Congrega della Carità Apostolica.

La Prima parte del presente Quaderno (quinto della serie RWR) illustra l'attuale configurazione della RWR. Vengono poi riepilogati alcuni dei principali eventi che dal 2015 al 2024 hanno scandito questo decennio di sviluppo del nostro network, con uno sguardo ai progetti in cantiere per il 2025 che riguarderanno in particolare le trasformazioni del Welfare aziendale e del Welfare di prossimità.

La Seconda parte presenta alcune riflessioni sulle trasformazioni del welfare sanitario mentre i contributi della Terza parte si soffermano sulla valutazione nella prospettiva della "responsabilità".

Colgo l'occasione per porgere, a nome della RWR, i migliori auguri ai lettori per un positivo 2025.

Buona lettura, con un cordiale saluto.

20.01.2025

*Vincenzo Cesareo*  
Coordinatore nazionale RWR



Prima parte

*LA RETE WELFARE RESPONSABILE*



# 1. FINALITÀ, STRUTTURA E ATTORI DELLA RWR

## 1.1 Finalità e opzioni di fondo

La proposta del Welfare Responsabile, nata nell'ambito di **SPe-Sociologia per la Persona**, è frutto di un percorso di analisi, confronto e ricerca che coinvolge studiosi di alcune università che rappresentano la varietà del territorio italiano.

Le **opzioni di fondo** della proposta sono la centralità della persona e la responsabilità individuale e collettiva. Il concetto di persona - che è unica, storica e relazionale - permette di fondare il welfare su un presupposto diverso sia dal modello individualistico sia da quello assistenzialistico. La seconda opzione sottolinea, invece, il fatto che un nuovo welfare deve coinvolgere tutti gli attori sociali (Stato, Mercato e Terzo Settore) in una nuova *filiera* di responsabilità, in cui ognuno è chiamato a portare il suo contributo, in relazione alle proprie possibilità nella logica della sussidiarietà (principio dell'*et-et*).

Gli elementi costitutivi della proposta sono: l'**attivazione capacitante** (mobilitazione e potenziamento di risorse, competenze e abilità di tutti gli attori sociali coinvolti); l'**integrazione condivisa** (gli attori, istituzionali e non, profit o non profit, gli stessi destinatari degli interventi sono chiamati a interagire secondo un modello di *governance* a rete che ha come finalità la coesione sociale); la centralità del **livello intermedio** territoriale (lo spazio idoneo per sviluppare nuove forme di solidarietà è quello intermedio che coincide con i territori del nostro Paese in cui sono presenti proposte, iniziative e potenzialità che richiedono di essere messe in comune); lo **spazio sociale di prossimità** (come esito del processo di integrazione condivisa che induce a considerare come propri i bisogni dell'altro).

La RWR svolge le seguenti attività:

- **individuazione di esperienze** innovative che possono contribuire alla progettazione del welfare del futuro, superando i limiti di quello attuale grazie alla cooperazione tra i diversi stakeholders;
- **realizzazione di sistematici rapporti** tra chi studia e chi opera grazie alla sinergia tra la Rete degli Enti che si riconoscono nella proposta e la rete universitaria con il sostegno dell'Advisory Board;
- **elaborazione di proposte** che contribuiscano a costruire realisticamente il nuovo welfare.



## *1.2 Rete interuniversitaria, Comitato Scientifico, Advisory Board ed Enti WR*

La RWR è costituita da una Rete interuniversitaria, guidata da un Comitato scientifico, e da una Rete degli enti che si riconoscono nella proposta di Welfare Responsabile. Inoltre, RWR si avvale di un Advisory Board, composto da personalità del mondo dell'impresa, della ricerca e della società civile.

### ***Rete Interuniversitaria***

**Alessandria:** *Giacomo Balduzzi*

**Bari:** *Giuseppe Moro, Caterina Balenzano*

**Bergamo:** *Stefano Tomelleri, Roberto Lusardi, Marta Pantalone, Federica Origo, Martino Doni*

**Bologna:** *Riccardo Prandini, Elena Macchioni*

**Brescia:** *Valerio Corradi, Davide Fedreghini, Nicola Montagna, Dario Nicoli*

**Catania:** *Carlo Pennisi, Elisabetta Sciotto*

**Catanzaro:** *Guido Giarelli, Marilin Mantineo Anna Trapasso*

**Chieti:** *Mara Maretti, Alfredo Agustoni, Alfredo Alietti, Vincenzo Corsi*

**Enna:** *Sergio Severino, Giada Cascino, Mariaclaudia Cusumano*

**Milano-Bicocca:** *Giancarlo Blangiardo, Stefania Rimoldi, Emanuela Rinaldi*

**Milano-Cattolica:** *Vincenzo Cesareo, Elena Cabiati, Raul Caruso, Ennio Codini, Fabio Folgheraiter, Rosangela Lodigiani, Linda Lombi, Matteo Moscatelli, Ivana Pais, Nicoletta Pavesi, Luca Pesenti, Giuseppe Scorza, Enrico Maria Tacchi, Italo Vaccarini*

**Milano Statale:** *Nicola Pasini*

**Napoli Parthenope e Federico II:** *Filomena Buonocore, Valentina Grassi, Luisa Nardi, Michelangelo Pascali, Eufrasia Sena*

**Padova:** *Andrea Maccarini, Martina Visentin.*

**Palermo:** *Fabio Lo Verde, Giulio Gerbino, Umberto Di Maggio, Roberta Di Rosa, Gaetano Gucciardo*

**Roma Lumsa:** *Folco Cimagalli, Cristiana Di Pietro, Antonio Panico, Marinella Sibilla, Cristina Sofia*

**Roma Tre:** *Marco Burgalassi, Marco Accorinti, Andrea Bilotti*

**Salerno:** *Gennaro Iorio, Nadia Crescenzo, Vincenzo Auriemma, Serena Quarta*

**Sassari:** *Andrea Vargiu, Mariantonietta Cocco, Stefano Chessa, Valentina Ghibellini*

**Siena:** *Fabio Berti*

**Torino:** *Anna Cugno, Silvia Maroncelli*

**Venezia Ca' Foscari:** *Giovanni Bertin, Michele Marzulli, Michele Bertani*



### ***Comitato scientifico***

*Vincenzo Cesareo* - Coordinatore nazionale

*Fabio Berti* - Università di Siena

*Giovanni Bertin* - Università Ca' Foscari di Venezia

*Marco Burgalassi* - Università Roma Tre

*Folco Cimagalli* - Università Lumsa, Roma

*Anna Cugno* - Università di Torino

*Guido Giarelli* - Università di Catanzaro

*Gennaro Iorio* - Università di Salerno

*Fabio Lo Verde* - Università di Palermo

*Andrea Maccarini* - Università di Padova

*Elena Macchioni* - Università di Bologna

*Mara Maretti* - Università di Chieti

*Giuseppe Moro* - Università di Bari

*Nicola Pasini* - Università Statale di Milano

*Nicoletta Pavesi* - Università Cattolica

*Carlo Pennisi* - Università di Catania

*Stefania Rimoldi* - Università di Milano Bicocca

*Stefano Tomelleri* - Università di Bergamo

*Andrea Vargiu* - Università di Sassari

### ***Advisory Board***

*Pierangelo Albini* - Direttore Area Lavoro, Welfare e Capitale  
Umano Confindustria

*Alessandro Azzi* - Presidente Federazione Lombarda Bcc e  
Presidente Fondazione Tertio Millennio

*Luciano Balbo* - Presidente Oltre Venture

*Renato Balduzzi* - Professore Ordinario di Diritto Costituzionale,  
Università Cattolica del Sacro Cuore

*Piero Bassetti* - Presidente Associazione Globus et Locus

*Giancarlo Blangiardo* - Presidente Fondazione Ismu

*Fabrizio Boldrini* - Direttore Società della salute CoeSO - SdS  
Grosseto

*Franco Bossoni* - Presidente Congrega della Carità Apostolica  
Brescia

*Alessandro Colombo* - Direttore Accademia di formazione per il  
servizio sociosanitario lombardo Polis Lombardia

*Roberto Crosta* - Presidente Fondazione Marcianum Venezia

*Andrea Cuccello* - Segretario Confederale Cisl Nazionale

*Vincenzo De Bernardo*, Direttore Confcooperative Federsolidarietà

*Ruggero Frecchiami* - Direttore Generale Gruppo Assimoco

*Romano Guerinoni* - Consigliere Fondazione Welfare Ambrosiano

*Amedeo Manzo* - Presidente Consiglio di Amministrazione BCC  
Napoli

*Alberto Martinelli* - Presidente Fondazione AEM-Gruppo A2A

*Roberto Mazzotta* - Presidente Immobiliare Carmiano Sapa

*Don Giacomo Panizza* - Presidente della Comunità Progetto Sud

*Paola Pessina* - Presidente Fondazione Comunitaria Nord Milano

*Felice Scalvini* - Presidente Fondazione ASM

*Mario Taccolini* - Coordinatore Strategie di sviluppo sede bresciana  
Università Cattolica

*Anna Maria Tarantola* - Presidente Fondazione Centesimus Annus

*Marco Trabucchi* - Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrics

*Roberto Zini* - Vice-Presidente Confindustria Brescia

## ***Rete degli enti***

Azienda Consorzio Agro-Solidale Servizi alla Persona, Pagani (SA)  
Caritas Amalfi - Cava de' Tirreni  
Caritas Diocesana, Novara  
Caritas Diocesana/Fondazione Opus Solidaritatis Pax, Avellino  
Caritas Matera-Irsina /Progetto Cibus  
CIDIS Onlus, Perugia  
Comunità Progetto Sud Onlus, Lamezia Terme  
Comunità Urbana Corviale, Roma  
Congrega della Carità Apostolica, Brescia  
Consorzio Sale della Terra, Benevento  
Consorzio WAT, Valle Sabbia (BS)  
Cooperativa Emmaus, Salerno  
Cooperativa Sociale Il Ponte, Inverigo e Golasecca  
Cooperativa Sociale Girotondo Onlus, Velletri (RM)  
Centro Servizi per il Volontariato, Napoli  
Centro Servizi per il Volontariato, Taranto  
Dinamiche inclusive, Associazione, Chieti  
Distretto della famiglia trentino, Trento  
Eudaimon Società di consulenza e formazione, Vercelli  
Farco Group, Torbole Casaglia (BS)  
Fondazione Benefattori Cremaschi Onlus, Crema  
Fondazione Comunità, Messina  
Fondazione Comunità, Salerno  
Fondazione Monte dei Paschi, Siena  
Fondazione Roma Solidale Onlus, Roma  
H+ Valore alla sanità, Brescia  
Il villaggio di Esteban Coop., Salerno  
IntHum - Laboratorio Interculturale di ricerca e di promozione della  
condizione (H)umana, Sassari  
La cura del tempo APS, Chieti  
La rete del dono, Potenza  
Meridia Consorzio di cooperative sociali, Bari  
Nuovi scenari Impresa Sociale, Nuoro  
Piano di Zona Ambito 52, Cava de' Tirreni (SA)  
Rete Soma - Solidarietà e mutualismo, Avellino  
Rete Territoriale Unione terre d'argine, Carpi  
Rete Territoriale, Oristano  
Rete Tradate Welfare, Varese  
Rete Valoriamo, Lecco  
Rete WelfareNet, Veneto

Scenari verdi Cooperativa Sociale Onlus, Nuoro  
Sodalis CSV/Università del volontariato, Salerno  
Tamat ONG, Perugia  
Terradamare Cooperativa Turistica, Palermo  
TeAtelier ASD-APS, Chieti  
Valore Welfare Srl/ Cirfood, Reggio Emilia  
Vision OdV - Osservatorio di Vittimologia / Napoli  
Unione degli Assessorati alle Politiche Socio-sanitarie, dell'Istruzione e del Lavoro, Palermo  
Welfare ComeTe/Consorzio FIBER, Reggio Emilia  
Welfare sartoriale ACLI Roma

### *2.3 Estensione e comunicazione della RWR*

Nel corso del 2024 si è consolidata l'attività di networking che ha consentito di consolidare la rete interuniversitaria distribuita sull'intero territorio nazionale. Ad essa collaborano oltre 70 studiosi di diverse discipline.

Si è consolidata la presenza dell'Advisory Board al quale partecipano 24 prestigiose personalità. La Rete degli enti ha visto aumentare il numero delle realtà aderenti ormai ben superiore alla 50 unità tra associazioni, fondazioni, e organizzazioni.

La RWR si è sviluppata anche grazie al sostegno delle seguenti istituzioni che hanno sponsorizzato degli assegni di ricerca presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore: Fondazione ASM di Brescia, Federazione lombarda delle BCC, Gruppo assicurativo Assimoco, Congrega della Carità Apostolica, Fondazione Poliambulanza di Brescia.

Sul piano della **comunicazione**, grazie alla sinergia tra tutti partecipanti alla rete e gli strumenti digitali, è stata promossa una costante attività di comunicazione tramite il sito web (<https://www.welfareresponsabile.it/>) e i nuovi canali social: Twitter, LinkedIn e YouTube:

 @welfresp     Welfare responsabile  
 RWR - Rete Welfare Responsabile





## **2. PRINCIPALI EVENTI RWR 2015-2024**

Dal 2015, anno di avvio della RWR, sono stati condotte diverse attività di ricerca e sono stati promossi importanti appuntamenti pubblici (convegni, seminari, incontri, ecc.). Tali iniziative hanno consentito di sviluppare un virtuoso collegamento tra la rete accademica e le pratiche di welfare territoriali promosse da una pluralità di attori. Di seguito vengono ricordate alcuni dei principali eventi pubblici promossi dalla RWR nell'ultimo decennio.

### **Periodo 2015- 2017**

2015

#### **Seminario permanente “Il nuovo welfare: prospettive a confronto”**

L'iniziativa, avviata nel 2014, è stata realizzata presso l'Università Cattolica di Brescia, dove hanno sede anche un Corso di Laurea Triennale e uno di Magistrale di Servizio Sociale e dove esistono già consolidati rapporti con le istituzioni e i servizi del territorio come la Congrega della Carità di Brescia.

Dopo il primo incontro del seminario permanente realizzato nel dicembre 2014, sono stati promossi incontri seminariali nelle seguenti date:

10 febbraio 2015;

21 aprile 2015;

27 ottobre 2015.

13 maggio 2016 ore 14.30 - 17.00

#### **Il nuovo welfare: prospettive a confronto**

Sala della Gloria

Università Cattolica sede di Brescia

21 ottobre 2016

#### **Quale welfare per il futuro**

Dipartimento di Economia Centro Politiche Sociali

Aula Baratto, Università Ca' Foscari di Venezia

4 maggio 2017 14.30-18.30

#### **Convegno nazionale “Welfare Responsabile”**

Presentazione del Libro bianco sul Welfare Responsabile

Brescia, Aula Magna dell'Università Cattolica



## **Periodo 2018- 2019**

27 Marzo, 2018 ore 15:00 - 17:00

**L'impact investing: uno strumento chiave nel disegno di un welfare responsabile**, Fondazione CRT Via XX Settembre 31, Torino

12 Giugno, 2018 ore 9:00 - 13 Giugno, 2018 ore 18:00

**WELLFEEL – Benessere organizzativo e welfare aziendale**  
Hotel Melià, Milano Via Masaccio, 19, Milano, Milano

18 Giugno, 2018 ore 10:00 - 13:00

**Gli attori del “Welfare Responsabile”**

Università Ca' Foscari, Aula Baratto Dorsoduro 3246, Venezia

21 Giugno, 2018

**Payment by Results and Social Impact Bonds: Outcome-based Payment Systems in the UK and US**, Università di Bologna Strada Maggiore 45, Bologna, Bologna

25 Luglio, 2018 ore 10:30 - 17:00

**Nuove prospettive per il welfare in un'ottica di responsabilità**  
Istituto Luigi Sturzo Via delle Coppelle 35, Roma

27 Settembre, 2018 ore 14:00 - 17:00

**"Welfare responsabile": nuova presentazione del volume a Bologna**  
Università di Bologna Strada Maggiore 45, Bologna, Bologna

15 Novembre, 2018 ore 15:30 - 16:30

**Nuovi bisogni, nuove protezioni**,  
Università IULM Via Carlo Bo 7, Milano, Lombardia

21 Marzo, 2019 ore 10:00 - 13:30

**Innovazione nell'intervento sociale, un convegno della rete Welfare Responsabile**, Sala della Carità Via San Francesco 61, Padova, Padova

30 Maggio, 2019 ore 11:00 - 17:00

**Pratiche di governance locale**, Università Ca' Foscari San Giobbe, Venezia, Venezia

23 Ottobre, 2019 ore 10:00 - 13:00

**Il Welfare responsabile: i protagonisti della società civile / save the date** Università Cattolica del Sacro Cuore Largo A. Gemelli, 1, Milano, Milano

### **Periodo 2020-2022**

Tra i principali appuntamenti realizzati tra il **2020-21**, in modalità a distanza, si ricordano:

- 19 novembre 2020: Seminario **“La sfida del Covid-19. Un dibattito su medicina territoriale e assistenza di prossimità”**;
- 10 dicembre 2020: Seminario **“Modello Sociale Europeo e identità di fronte alla crisi”**;
- 30 marzo 2021: Seminario **“La Scuola ai tempi del Covid fra responsabilità e creatività”**;
- 17 maggio 2021: Seminario **“Disuguaglianze e nuove povertà. La sfida del Welfare Responsabile”**.

In presenza si è tenuta una sessione plenaria congiunta RWR/Forum N.A. (**“Il posto del welfare nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”**) nell’ambito della XIII edizione del Forum della Non Autosufficienza e dell’autonomia possibile, a Bologna (25 novembre 2021).

Tra le principali iniziative seminariali e convegnistiche svolte nel corso del **2022** si ricordano:

- **04 febbraio 2022: Seminario online “Le esperienze di Welfare Responsabile in Italia”**. L’evento ha visto la partecipazione di oltre 60 persone e che ha avuto dei positivi riscontri da parte di tutte le realtà coinvolte. Il report della ricerca è scaricabile al seguente link: [https://www.welfareresponsabile.it/wp-content/uploads/-2022/010/Report-Esp-RWR\\_def.pdf](https://www.welfareresponsabile.it/wp-content/uploads/-2022/010/Report-Esp-RWR_def.pdf)
- **20 aprile 2022: Seminario “Modello sociale europeo e #PNRR: verso una società più sostenibile?”**. L’evento si è svolto presso l’Università Ca’ Foscari di Venezia e ha consentito di analizzare alcune tendenze di cambiamento in diversi settori della società, mettendo a confronto il mondo della ricerca scientifica con la società civile.

- **30 settembre 2022: Seminario “La sfida del Welfare Responsabile nel Mezzogiorno”.** L’evento si è svolto presso l’Università Parthenope di Napoli ed è stato organizzato in collaborazione con la Banca di Credito Cooperativo di Napoli. L’oggetto dell’incontro è stata la dimensione capacitante delle esperienze di welfare. Per esplorare questa dimensione, nel corso del seminario sono state presentate alcune relazioni di approfondimento e illustrati alcuni casi ed esperienze presenti soprattutto nei territori del Sud Italia che incarnano le qualità del WR.
  
- **14 ottobre 2022: Seminario “Per una salute di prossimità. Presentazione del Manifesto per una ricalibratura dell’assistenza territoriale del SSN a partire dalla centralità della persona”.** Nel corso dell’evento, tenutosi presso l’Istituto Sturzo di Roma, è stato presentato il Manifesto “Per una salute di prossimità” esito del lavoro di ricerca e approfondimento condotto dal Gruppo RWR Salute coordinato dal prof. Guido Giarelli.
  
- **4 novembre 2022: Convegno “Il Welfare aziendale: una risorsa per il territorio”.** L’evento si è tenuto presso l’Università Cattolica di Milano ed è stato organizzato col sostegno di Gruppo Assimoco, Federazione Lombarda delle Banche di Credito Cooperativo, Congrega della Carità Apostolica. L’evento ha perseguito il duplice obiettivo di fornire alcune chiavi interpretative della diffusione del Welfare Aziendale all’interno del panorama italiano e di condividere il contenuto di buone prassi che stanno evidenziandosi e che si dimostrano in sintonia con la proposta del Welfare Responsabile, richiamando soprattutto le categorie qualificanti del WR della territorialità e della reticolarità.
  
- **Il 21 novembre 2022** si è tenuto a Mareno di Piave (TV) il seminario ***Il Welfare Responsabile: i protagonisti della società civile***. L’evento è stato organizzato da Antreas Treviso, Cisl Pensionati Belluno Treviso, col patrocinio del comune di Mareno di Piave.
  
- **Il 23 novembre 2022**, nell’ambito della XIV edizione del ***Forum della Non Autosufficienza e dell’autonomia possibile*** di Bologna, la RWR e il Gruppo salute hanno organizzato un workshop dal titolo: ***Manifesto per una salute di prossimità. Ricalibrare l’assistenza territoriale del SSN a partire dalla centralità della persona***. Per la RWR sono

interventuti: Elena Macchioni, Michele Marzulli e Marco Trabucchi membro dell'Advisory board.

- **Il 28 novembre 2022** si è svolto, presso l'Università Cattolica di Milano, l'evento di **presentazione del Manifesto per una salute di prossimità. La ricalibratura dell'assistenza territoriale del SSN a partire dalla centralità della persona.**

## **Periodo 2023-2024**

- **A gennaio 2023** è uscito il *Quaderno RWR n. 3 Responsabilità e prossimità.*

- **Il 6 luglio 2023** si è tenuto a Pontignano (SI) un incontro sulle **strategie di contrasto alla povertà.**

Tema “Gli strumenti di contrasto della povertà”, relatore: Natale Forlani del Comitato scientifico per la valutazione delle misure di contrasto alla povertà e del reddito di cittadinanza, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali.

Discussant: Mara Maretti, Università di Chieti; Serena Quarta, Università di Salerno; Andrea Valzania, Università di Siena.

- **Il 13 settembre 2023, presso la sede di Cremona dell'Università Cattolica** si è tenuto un seminario su invito sul tema *Welfare aziendale territoriale e protagonismo delle parti sociali.*

- **Il 27 settembre 2023, presso l'Università Cattolica di Brescia**, in collaborazione con la Congrega della Carità apostolica, Fondazione ASM, Assifero e Dipartimento di Scienze storiche UC si è tenuto il seminario *Welfare Responsabile e filantropia istituzionale: una sinergia possibile?*

- **A gennaio 2024** è uscito il *Quaderno RWR n. 4 Responsabilità, contrasto alla povertà e promozione del benessere.*

- **Il 12 marzo 2024, presso l'Università Cattolica di Milano, si è tenuto il seminario *Le politiche di welfare nella costruzione dell'unità europea*** organizzato congiuntamente dalla Rete Welfare Responsabile e dalla Fondazione ISMU sul cambiamento del welfare con riferimento all'Europa.

- **Il 25 marzo 2024, presso l'Università Parthenope di Napoli** si è tenuto il seminario interateneo sulle esperienze di Welfare Responsabile. Tale evento organizzato dal gruppo WR Univ. Parthenope – Univ. Federico II è collegato al progetto che prevede la realizzazione di un Osservatorio territoriale sul WR.

- **Il 14 giugno 2024, in collaborazione con la Fondazione Poliambulanza di Brescia**, il coordinamento della RWR ha co-organizzato il convegno *Ospedale e territorio nel sistema della salute di prossimità* sulle esperienze di welfare sanitario che si collocano nella prospettiva del Welfare Responsabile. L'evento si è soffermato sulla ricerca di nuove ed efficaci sinergie tra sanità ospedaliera e sanità territoriale.

- **Il 27-29 giugno 2024, in occasione del XXIV Incontro giovani SPe** "Persona è società" di Pontignano, si è tenuto l'incontro *Politiche di welfare: una valutazione responsabile?* organizzato dalla Rete Welfare Responsabile sul tema della valutazione

- **Il 16 dicembre 2024 si è tenuto il seminario "Cure domiciliari e accesso ai servizi sanitari nel welfare di prossimità"**. L'incontro ha approfondito il tema della salute di prossimità soprattutto in merito ai servizi per anziani.

### **3. PROGRAMMA ATTIVITÀ PER IL 2025 DEL COORDINAMENTO RWR**

Marzo 2025: si terrà un convegno nazionale dedicato al Welfare Aziendale Responsabile esito della collaborazione tra RWR e Confindustria Brescia.

Maggio 2025: si terrà il Convegno nazionale sulla convergenza dei tre welfare (aziendale, comunitario, municipale) in alternativa  
Convegno sull'accesso alle cure, restituzione della ricerca del gruppo Welfare sanitario mesi di giugno/ottobre

Giugno 2025: a Pontignano si terrà un Seminario su un tema da definire.

Sono allo studio anche altre iniziative, tra le quali la costituzione di un Osservatorio sulle pratiche di Welfare Responsabile nel Mezzogiorno che riguarderà inizialmente i casi presenti in Campania.



Seconda parte

*RESPONSABILITÀ, SALUTE  
E SERVIZI DI PROSSIMITÀ*





# Tendenze demografiche, fattori di crisi e azioni di riequilibrio

di *Gian Carlo Blangiardo* - Università degli Studi di Milano Bicocca

## *Una demografia fragile*

A distanza di più di 150 anni dall'Unità nazionale (1861) l'Italia si presenta con una popolazione che, ricondotta ai confini attuali, è sostanzialmente raddoppiata rispetto ad allora, ma appare profondamente diversa. Sia riguardo ai fenomeni che ne determinano la numerosità (nascite, morti, migrazioni), sia rispetto alle principali caratteristiche strutturali dei suoi componenti: sesso, età, istruzione, attività e, in epoca più recente, anche cittadinanza.

Nel corso degli anni la differenza tra nati e morti - quel saldo naturale che tradizionalmente garantiva la crescita compensando le perdite alimentate dalla diaspora degli italiani nel mondo - si è affacciata recentemente in territorio negativo. Dal 1993, con uniche modeste eccezioni nel 2004 e 2006, si è avuto ogni anno un deficit sempre più consistente, tanto da produrre nel bilancio complessivo dell'ultimo trentennio una perdita di circa 2,5 milioni di residenti.

Di fatto, da quando è venuto a mancare un consistente apporto netto migratorio dall'estero – ciò che a partire dagli anni '90 avevano fortemente supportato la crescita della popolazione - il totale degli abitanti in Italia è andato sempre più riducendosi: tra il 1° gennaio 2014 e la stessa data del 2024 si conteggia la perdita di un milione e 356 mila residenti; un calo che nella storia d'Italia trova riscontro statistico unicamente nel triennio 1916-1918 allorché - tra Grande Guerra e epidemia di spagnola - si ebbero complessivamente 971 mila residenti in meno.

Accanto alla dinamica regressiva circa il numero degli abitanti, sono da tempo in atto anche importanti trasformazioni nella loro struttura per età, con un progressivo accrescimento della componente più anziana. Quest'ultima, se identificata (convenzionalmente) con gli ultrasessantacinquenni, ha raggiunto nel 2024 il 24,3% dei residenti, mentre era al 18,7% a inizio secolo (2002) e il 13,2% vent'anni prima (1982).

Alla base di quello che si definisce “invecchiamento demografico” – affermatosi nel recente passato e destinato a persistere e ad accentuarsi nei prossimi 3-4 decenni - si collocano tre fattori determinanti. Il primo è la

rapida e intensa denatalità che è andata e va sottraendo al Paese consistenti immissioni di nuove leve giovanili, il secondo e il terzo sono fattori che interagiscono e vanno letti in combinazione. Uno chiama in causa l'aumento della capacità di sopravvivenza sino a tarda età, l'altro deriva da una struttura per età – in parte originata da contingenti di nati a suo tempo assai numerosi – che presenta oggi una forte componente di soggetti in età “matura”, verosimilmente destinati a sopravvivere e a dar vita nei prossimi anni a imponenti flussi in ingresso nell'universo degli anziani.

### *Trasformazioni che vengono da lontano*

Il significativo cambiamento demografico che stiamo vivendo, tanto sul fronte della crescita quanto su quello della struttura per età, non rappresenta tuttavia una novità improvvisa del nostro tempo. L'inversione di segno nella crescita della popolazione italiana, così come il suo progressivo invecchiamento, trovano infatti ampia ragione nella dinamica della natalità che è andata sviluppandosi, a fasi alterne, negli ultimi settant'anni. Dapprima ci sono stati i recuperi post-bellici (del 1946) e il loro esaurimento tra il 1947 e il 1951, per poi dar luogo al progressivo rilancio che, sulla spinta del così detto “miracolo economico”, ha portato al baby-boom alla metà degli anni '60. Alla successiva fase di rapido ritorno verso un livello di nascite “normale”, protrattosi sino al 1974, ha fatto seguito un ventennio di vero e proprio crollo, allorché da 886 mila unità nati (1974) si è scesi vertiginosamente a 628 mila in soli sette anni (1981), per poi proseguire, seppur con più gradualità, sino alla soglia minima dei 526 mila nel 1995. Stabilendo in quell'anno un primato “di minimo” che verrà poi superato nel 2013 e quindi migliorato costantemente, nel segno del “sempre più giù”, in ognuno dei dieci anni successivi (2014-2023) per arrivare alle 379 mila nascite del 2023. Lo stesso anno in corso (2014), per il quale si dispone tuttora solo dei dati (provvisori) per il primo semestre, segna un ulteriore calo del 1,4%. Una variazione che, se venisse confermata nel bilancio finale, segnerebbe (con 374 mila nascite) l'ennesimo miglioramento del record al ribasso.

Va anche detto che il regresso demografico cui stiamo assistendo sembra decisamente orientato a proseguire in futuro - a meno di straordinarie e al momento imprevedibili inversioni di tendenza - con ritmi persino più accentuati rispetto agli attuali. Le ultime previsioni dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat, 2024) prospettano - nella variante più verosimile (etichettata come “variante mediana”) - un ulteriore calo di 3 milioni di residenti nei prossimi vent'anni e una loro continua discesa destinata a portare il Paese sotto i 50 milioni di abitanti tra quarant'anni.

Al tempo stesso, accanto all'accentuarsi dell'invecchiamento della popolazione – per il quale si stima che nel 2043 la quota di ultra65enni sarà salita a un terzo dei residenti e il numero di grandi anziani (in età 90 e più) sarà nell'ordine di 1,3 milioni - la componente potenzialmente in età produttiva (convenzionalmente i 15-64enni) sarà scesa di oltre 6 milioni tra vent'anni e ne perderà altri 4 milioni nel ventennio successivo.

### *Conseguenze e problematiche*

Preso atto che i profondi cambiamenti sul fronte della consistenza e della struttura della popolazione avranno inevitabilmente un impatto significativo su alcuni importanti equilibri che stanno alla base del sistema paese sembra utile anche una riflessione in merito alla quantità di risorse sui cui si potrà verosimilmente contare negli anni a venire.

In tal senso, un semplice esercizio di simulazione, mettendo unicamente in conto l'intensità del calo della popolazione e la riduzione della quota di residenti in età lavorativa ipotizzati negli scenari delle previsioni Istat, consente di coglierne gli effetti in termini di variazione del prodotto interno lordo (PIL). Dai calcoli si rileva come i 1.946 miliardi € di PIL dello scorso anno potrebbero ridursi a 1.625 miliardi nel 2042 qualora, a parità di altre condizioni (tasso di attività, tasso di occupazione, produttività media per occupato), dovessero concretizzarsi i cambiamenti prospettati circa la numerosità della popolazione e la sua componente in età lavorativa.

Il calo rispetto al 2022 sarebbe pari al 16,5% del PIL nell'arco di un ventennio (con un -12,2% a livello pro-capite) e salirebbe al 25,7% in un orizzonte di quarant'anni (-13% per il pro-capite).

Di fatto, tale simulazione mostra come a livello nazionale nel 2062 si perderebbero, per effetto di fattori demografici - (se) non compensati da adeguate modifiche favorevoli nei tre fattori economici (attività, occupazione e produttività) - ben 500 miliardi di € sul piano delle risorse. E questo proprio allorquando, per l'intenso e inarrestabile processo di invecchiamento della popolazione, ne sarebbero necessarie molte di più, dovendo garantire qualità della vita agli italiani, soprattutto sul fronte dell'assistenza e della cura, in un contesto in cui il fondamentale supporto della rete del *welfare* familiare sarà sempre più fragile, per via del progressivo assottigliarsi dei legami parentali e della conseguente crescita del numero di anziani soli.

## *Dalla consapevolezza all'azione.*

È innegabile che l'auspicata svolta per arginare la corrente impetuosa del declino demografico nel nostro Paese richieda efficaci e tempestivi interventi su più fronti.

Innanzitutto, sul terreno delle nascite - i cui eventuali effetti sarebbero comunque inevitabilmente ritardati nel tempo - dove sono necessarie iniziative capaci di rimuovere gli ostacoli che condizionano le scelte familiari nei percorsi riproduttivi, come il costo dei figli, i problemi di cura, le difficoltà nel conciliare genitorialità e lavoro. Per affrontare seriamente il problema della denatalità sarebbe assolutamente necessario riuscire a combinare gli strumenti della politica e della cultura con un approccio nuovo e diverso dal passato, capace di produrre un radicale cambiamento delle condizioni entro cui maturano le decisioni che portano a generare un (o un altro) figlio. Ma occorrerebbe farlo in fretta, senza illudersi che esistano aiuti esterni e magiche soluzioni come, ad esempio, l'importante (ma non risolutivo) contributo di una componente straniera il cui tasso di natalità si è più che dimezzato nel corso dell'ultimo ventennio: era il 23,5 per mille nel 2004 ed è sceso al 9,6 per mille nel 2023.

Un secondo ambito di azione va ricercato sul terreno delle migrazioni. Non solo per dar vita a una nuova stagione di ingressi ben governati e adeguatamente accompagnati da validi percorsi di piena integrazione, ma anche per agire sul contenimento di quei flussi in uscita che sono in molti casi alimentati da coorti giovanili la cui alta formazione, talvolta a livello di laurea e dottorato, va troppo spesso a coniugarsi con basse (persino nulle) opportunità di valorizzazione entro i confini nazionali.

Nel contrasto (o la semplice attenuazione) degli effetti problematici del cambiamento demografico c'è infine un ulteriore fronte di intervento, quello che può collegarsi al progressivo miglioramento delle condizioni di sopravvivenza e di vita tra coloro che sono oggi "diversamente giovani" senza tuttavia doversi ritenere pienamente inclusi nell'universo dei "già anziani". Se sposassimo una logica di confini mobili nell'accesso alle età anziane, secondo il principio che: anziano non è "*chi ha vissuto per (un certo numero di) ... anni*", ma solo "*chi ha da spendere non più del ... per cento della propria vita*" - avremmo un depotenziamento dello stesso fenomeno dell'invecchiamento demografico. Adottando il 20% di vita residua come soglia flessibile per il cambiamento di status, la quota di anziani - che oggi è il 24,3% se si considerano tali gli ultra65enni - scenderebbe, con la diversa definizione, a circa il 19% e la loro impennata sino a due terzi del totale dei residenti, ipotizzata tra un ventennio, verrebbe così ridimensionata a meno di un quarto.

In conclusione, ciò che emerge con forza dal messaggio contenuto nei dati demografici del nostro tempo è il bisogno di una significativa spinta verso un rinnovamento della popolazione nella sua accezione non solo quantitativa, ma anche qualitativa.

Occorre agire sul capitale umano favorendone sia la “produzione”, rimuovendo gli ostacoli (economici, normativi e culturali) che impediscono la realizzazione dei progetti di fecondità, sia la sua “acquisizione”, con appropriate iniziative di governo dei flussi di mobilità internazionale: tanto in ingresso quanto in uscita. Senza per altro dimenticare l’opportunità valorizzare il contributo di quella componente di popolazione che, nonostante la maturità anagrafica, ha ancora energie e competenze validamente spendibili nel sistema Paese.

Per affrontare seriamente il problema dell’insufficiente ricambio generazionale è necessario saper combinare gli strumenti della politica e della cultura con un approccio nuovo e diverso dal passato. Occorrono risorse nuove ma servono anche capacità (con l’aggiunta di fantasia e coraggio) per immaginare soluzioni nuove, o semplicemente per recuperare e valorizzare suggerimenti (anche scomodi sul piano del consenso) che possono tuttavia avviare la cura di questa nostra demografia malata.



## **La salute di prossimità: una proposta per la ricalibratura del SSN**

di *Guido Giarelli* - Università “Magna Græcia” di Catanzaro

Il lavoro qui presentato rappresenta il risultato di un percorso metodologico di ricerca collettivo durato 12 mesi condotto da un'équipe di ricercatori facenti parte del Gruppo Salute della Rete Welfare Responsabile, composta da 22 università italiane e coordinata dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Esso si è proposto di definire una strategia di ricalibratura dell'assistenza sanitaria territoriale del Servizio Sanitario Nazionale basata sul rovesciamento della logica autoreferenziale del sistema dei servizi a partire dalla centralità della persona, del suo domicilio e mondo vitale e orientata alla “salute di prossimità”.

Appare quanto mai drammaticamente necessario e urgente, dopo la pandemia di COVID-19, intervenire per rispondere alla ulteriore sfida che essa ha posto al nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN): quella di saper affrontare contemporaneamente e in modo efficace e appropriato sia la perdurante prevalenza di patologie cronic-degenerative che l'insorgenza di periodiche epidemie, pandemie e sindemie (12) sempre più gravi e tendenzialmente endemiche. Per fare ciò, la necessità di superare definitivamente l'ospedalocentrismo quale caratteristica propria di sistemi sanitari come quelli del '900 principalmente orientati alla cura delle patologie infettive è ormai inderogabile: da una parte, si tratta in sostanza di operare una ricalibratura del SSN tesa a rafforzare da una parte il sistema della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro; e, dall'altra, a riorganizzare l'assistenza sanitaria territoriale in modo che sia in grado di affrontare le emergenze pandemiche future garantendo al contempo l'equo accesso alle cure, specie alle fasce di popolazione più deprivate e la necessaria assistenza alle persone con patologie cronic-degenerative (soprattutto anziane) maggiormente suscettibili ai virus.

A livello internazionale è andato emergendo nel corso degli ultimi anni un nuovo paradigma dell'assistenza territoriale denominato “sanità di prossimità”, che propone un modello di organizzazione dei servizi sanitari ispirato alla PHC e centrato sulla vicinanza al cittadino, sia in termini culturali che logistici, in modo da renderli più facilmente fruibili e maggiormente appropriati. Le *Equipas básicas de salud* e i *Policlinicos*



cubani, i Centros de salud spagnoli, gli Health centres e le Community pharmacies britannici, i Terveysasema (Centri sanitari) finlandesi, i Vårdcentral (Centri di cura) svedesi, le Maisons de santé francesi, i Community health centers statunitensi, i “medici scalzi” e le cliniche di villaggio cinesi sono tutte esperienze di prossimità assistenziale che mostrano quanto variegata e articolata a seconda dei diversi contesti storici locali può essere la realizzazione dell’approccio di PHC (Zanella, 2022).

In Italia, pur essendo il Distretto quale contenitore e strumento di coordinamento dell’assistenza primaria e territoriale già presente nella L.833 del 1978 istitutiva del SSN, la sua reale implementazione è risultata alquanto difficoltosa e frammentata nelle diverse regioni italiane a causa soprattutto delle resistenze di politici, manager sanitari e professionisti ospedalieri. Le esperienze sperimentali di realizzazione della Case della Salute, previste dall’allora Ministro Turco<sup>1</sup>, sono rimaste in buona parte confinate a due regioni italiane, Emilia-Romagna e Toscana, nelle quali soltanto hanno trovato realizzazione (Brambilla, Maciocco, 2016). Non è un caso quindi che anche le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi dei servizi per i malati cronici come il Chronic Care Model (Bodenheimer *et al.*, 2002) siano pure rimaste confinate sostanzialmente a queste due regioni, salvo rare eccezioni<sup>2</sup>. Anche la cosiddetta “medicina di iniziativa”, che ne rappresenta la traduzione operativa nei termini di un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ambulatorio o in ospedale (“medicina d’attesa”), ma gli “va incontro” prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull’educazione alla salute è rimasta piuttosto limitata nella sua reale applicazione.

Si tratta di iniziative innovative, la cui realizzazione sconta probabilmente due limiti fondamentali: la centratura sulla malattia (cronica) anziché sulla salute e la persistente autoreferenzialità del sistema dei servizi sanitari, che anche quando si propone di “uscire” sul territorio per contattare i pazienti di propria iniziativa lo fa solo per colonizzarne i

---

<sup>1</sup> Il Decreto Ministero della Salute 10 Luglio 2007, attuativo della Legge 27 Dicembre 2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007), con Ministro Livia Turco, prevedeva la possibilità della “sperimentazione del modello assistenziale Case della salute” (Allegato A al Decreto).

<sup>2</sup> Tra queste, citiamo un’esperienza del Sud realizzata in Calabria: il progetto di ricerca sanitaria finalizzata finanziato dal Ministero della Salute e condotto dal Centro Regionale di Neurogenetica di Lamezia Terme in collaborazione con l’Università “Magna Græcia” e il Dipartimento di Cure Primarie dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, nel quale è stato sperimentato il *Chronic Care Model* con malati di demenza (Giarelli, 2017).

mondi vitali “per programmare accertamenti e controlli” e “per sottoporlo ad attività educative volte alla correzione degli stili di vita” (Desideri e Grisillo, 2016). Due limiti che derivano ancora dalla matrice ospedalocentrica dell’organizzazione dei servizi e della formazione culturale patogenetica dei professionisti sanitari, per superare i quali è necessario un salto di paradigma dalla “sanità di prossimità” alla “salute di prossimità”, e dalla “medicina d’iniziativa” alla “co-produzione dei servizi”.

Si tratta di un approccio già sperimentato positivamente in Italia nell’ambito dell’accessibilità dei servizi sanitari per gruppi sociali svantaggiati come migranti e rifugiati, fondato su di un “inquadramento epistemologico nella visione sistemica della salute globale, in cui la prossimità emerge come dimensione etico-pratica che deve informare i programmi di sanità pubblica”, e articolato su “strategie centrate sul lavoro di rete, che abbiamo proposto di definire nei termini di ‘sanità pubblica di prossimità’ (SPP). Tale definizione rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l’accesso alle risorse di prevenzione e di cura, mediante l’offerta attiva di prestazioni e l’orientamento alle strutture sanitarie (outreach), la rimodulazione dei servizi in un’ottica di maggiore permeabilità e fruibilità (mediazione di sistema) e il coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment” (Baglio *et al.*, 2019).

Crediamo che tale approccio, opportunamente rielaborato, possa essere esteso alla popolazione in generale e al sistema dei servizi sanitari territoriali su base distrettuale per una radicale ricalibratura che consenta di superare effettivamente i limiti suddetti. A tal fine è necessario puntualizzare anzitutto i sei principi fondamentali che riteniamo ne delineino l’architettura complessiva:

- *salutogenesi*: ispirandosi alla teoria di Aaron Antonovsky (1987), che propone di considerare ciò che crea salute come tutto ciò che permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità quali un trauma, una malattia cronica, una disabilità, o precarie condizioni socioeconomiche, di compiere scelte consapevoli di salute utilizzando risorse (interne ed esterne), accrescendo le proprie resilienza e capacità pro-attiva, nonché il proprio senso di coerenza, la salutogenesi costituisce il fondamento epistemologico di una salute di prossimità intesa come sviluppo e promozione di tale competenza di salute quale capacità di adattarsi e autogestirsi (21);

- *persona*: non il paziente come ruolo sociale ma la persona nella sua globalità e multidimensionalità biopsicosociale rappresenta il riferimento ontologico della salute di prossimità, la cui fondamentale soggettività in grado di esprimersi come “agentività” (agency), capacità consapevole di agire esprimendo la propria volontà e i propri desideri, essa tende a promuovere e preservare per quanto possibile anche in soggetti fragili;

- *prossimità*: costituisce la vicinanza del sistema dei servizi territoriali alla persona e al suo mondo vitale, sia in senso culturale come capacità di comprensione dei riferimenti cognitivi, valoriali e normativi della persona, che in chiave organizzativa come promozione dell’accessibilità dei servizi mediante una loro flessibilizzazione, rimodulazione e fruibilità;

- *co-produzione*: fondata su di una pro-attività bidirezionale persona-sistema dei servizi territoriali, essa si esplica in un modello partecipativo e collaborativo di produzione-fruizione di un servizio alla persona come quello sanitario di prossimità, nel quale promuove relazioni tra gli attori di tipo paritario fondate sul riconoscimento e la valorizzazione delle competenze già esistenti nelle persone intese come risorse attraverso la loro partecipazione ed empowerment: “la co-produzione implica allora un diverso modello organizzativo nel quale le persone non si limitano ad utilizzare un servizio, ma lo progettano, lo pianificano, lo sperimentano e lo valutano” (22);

- *interprofessionalità*: una concezione multidimensionale della salute richiede un approccio interprofessionale inteso non come semplice giustapposizione multiprofessionale (modello a silos), ma quale strategia d’intervento sistemico interdisciplinare integrato d’équipe, in grado di affrontare la complessità dei problemi di salute nelle loro multifaccettature e interconnessioni mediante una visione condivisa degli obiettivi e degli strumenti da adottare per la realizzazione di interventi di salute di prossimità;

- *rete*: intesa come il complesso delle relazioni e delle interazioni sociali fra gli attori individuali e istituzionali di un determinato contesto sociale, la rete rappresenta il tessuto di interconnessioni che ai diversi livelli micro, meso e macrosociale consente la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti e coinvolgibili in una determinata situazione in una prospettiva di salute di prossimità.

La salute di prossimità ha trovato un riconoscimento istituzionale nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che per l’entità delle

risorse a disposizione costituisce un'occasione fondamentale e probabilmente unica al fine di perseguire concretamente i principi suddetti. Nell'ambito della prima componente della Missione 6 Salute "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", si afferma infatti l'intento di potenziare il SSN allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti rafforzando le strutture e i servizi sanitari di prossimità e domiciliari mediante la realizzazione delle Case della Comunità quale punto di riferimento continuativo e di accesso principale per la popolazione. A partire dalla considerazione della "casa come primo luogo di cura" (p.228<sup>3</sup>), si afferma conseguentemente di perseguire "il potenziamento dei servizi domiciliari" con l'obiettivo fondamentale di "prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni", in particolare "con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti" (ibid.).

Tutto ciò costituisce una indicazione rilevante nella direzione sopra indicata: tuttavia, pur individuando nelle reti di prossimità il riferimento fondamentale per una riorganizzazione del sistema delle cure primarie e dei servizi territoriali, non se ne assumono le logiche conseguenze in termini di ricalibratura del SSN a livello territoriale quale necessario orizzonte strategico. Pur parlando infatti di "presa in carico della persona" (ibid.), gran parte dell'attenzione e delle risorse "è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche", come esplicitamente affermato (p.226). Serve invece un cambio radicale di paradigma, senza il quale anche le migliori intenzioni si ridurrebbero a una semplice razionalizzazione delle risorse disponibili.

Il *Manifesto. Per una salute di prossimità. Per una ricalibratura dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale a partire dalla centralità della persona* (Gruppo Welfare Responsabile Salute, 2022) rappresenta il risultato del percorso metodologico citato all'inizio, ed è il frutto di una sintesi ragionata delle risposte di esperti rilevate con metodo Delphi nell'intento di ripensare il sistema delle cure primarie e dei servizi territoriali secondo la prospettiva indicata e con l'obiettivo fondamentale di migliorare qualità e appropriatezza delle prestazioni assistenziali, specie per la popolazione anziana e con patologie croniche e/o non autosufficiente. Esso vuole offrire una nuova visione centrata su un cambio di paradigma che richiede, per trovare realizzazione, non semplicemente nuove strutture e nuove tecnologie, quanto una strategia di azione centrata sulle risorse umane attraverso percorsi formativi innovativi e strettamente

---

<sup>3</sup> PNRR, versione approvata dal Governo del 15 gennaio 2021.

finalizzati alla loro ricaduta operativa: percorsi di formazione-azione e formazione-intervento che costruiscano il cambiamento culturale fondamentale che ogni seria trasformazione organizzativa richiede e senza il quale non potrà che ridursi, nella migliore delle ipotesi, a mera razionalizzazione dell'esistente.

### *Bibliografia di riferimento*

- Antonovsky A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Baglio G., Eugeni E., Geraci S. (2019). *Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach*. *Recenti Prog Med*. 2019 Apr; 110(4): 159-164.
- Bodenheimer T., Wagner E., Grumbach K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness: the Chronic Care Model*. *JAMA*, 288:1775-9.
- Brambilla A., Maciocco G. (2016). *Le case della salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma: Carocci Faber.
- Desideri E., Grisillo D. (2016). *La Nuova Medicina di Iniziativa: modello assistenziale, professionale ed organizzativo*. Domus de Maria (CA), 72° Congresso FIMMG, 3-8 ottobre 2016, 18, <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=4281&lang=it> (ultimo accesso 8-1-2023).
- Giarelli G. (2017), *Caring for the incurable. The quality of life of the person with Alzheimer's Disease*. *Medicina nei Secoli. Arte e Scienza, Supplemento 2017*: 151-187.
- Gruppo Welfare Responsabile Salute (2022), *Manifesto Per una Salute di Prossimità. Una ricalibratura del Servizio Sanitario Nazionale a partire dalla centralità della persona*, <https://www.welfareresponsabile.it/manifesto-per-una-salute-di-prossimita/>.
- Zanella R. (2022), *La sanità di prossimità*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

# Salute di prossimità. La costruzione di servizi territoriali: sfide e opportunità

di Michele Marzulli, Lia Lombardi e Claudia Bonfichi<sup>1</sup>

## *Il paradigma della salute di prossimità*

Una delle riflessioni cui è arrivato il lavoro della RWR (Rete Welfare Responsabile) è che l’auspicabile riforma del SSN e del sistema della salute nel suo insieme debba partire dal territorio<sup>2</sup>. L’idea è che, se il sistema salute si fa più prossimo ai cittadini, tramite i servizi territoriali, sia anche possibile superare gli attuali limiti: il cosiddetto “ospedale-centrismo”. L’idea che la struttura ospedaliera debba essere il centro del sistema infatti è, a parare di chi scrive, alla radice di molti problemi attuali. E non si possono non citare le lunghe liste di attesa per le prestazioni, la crescita della spesa sanitaria delle famiglie (out of pocket), la frammentazione e mancata integrazione degli interventi, la costante pressione sui pronto soccorso e le relative patologie del sistema come, per esempio, la “medicina difensiva” (cioè, un approccio teso a evitare problemi di natura legale con conseguente eccesso di prescrizioni mediche), gli accessi e le prestazioni improprie. Secondo il lavoro di riflessione del gruppo Salute della RWR, una possibile soluzione consiste nel rovesciare il paradigma (definito come un “riorientamento delle cure”). Mettere al centro del sistema la persona e la sua rete di relazioni, al fine di permettere una “ricalibratura del sistema di cure primarie e dei servizi territoriali del SSN”.

L’esperienza che viene qui proposta<sup>3</sup> è quindi particolarmente significativa per diverse ragioni. Innanzitutto, perché si realizza in un contesto che non sembrerebbe immediatamente predisposto a un simile cambiamento e che invece dimostra come sia possibile rovesciare il modello e costruire percorsi di presa in carico efficaci, a partire dalle relazioni fondamentali delle persone e dalle reti comunitarie. Da questa esperienza emerge anche che il nodo più critico sono le risorse umane e

---

<sup>1</sup> Università Ca’ Foscari, Venezia (MM) e Università degli Studi di Milano (LL, CB).

<sup>2</sup> Cfr. Il “Manifesto per una salute di prossimità” (2022), esito di una ricerca empirica condotta dal gruppo Salute della RWR (<https://www.welfareresponsabile.it/wp-content/uploads/2022/09/MANIFESTO-Salute-di-prossimita-.pdf>).

<sup>3</sup> L’esperienza è stata brevemente presentata anche sul sito web della RWR.

professionali degli operatori. La loro capacità di mettersi in gioco e di cambiare il paradigma, come nel caso dei servizi territoriali di seguito descritti, costituisce la vera radice del cambiamento possibile.

### *Il caso di Poliambulanza di Brescia*

Uno degli elementi chiave del paradigma della "salute di prossimità" è il coinvolgimento delle reti formali istituzionali e di quelle informali nel processo di cura della persona.

Per esaminare le dinamiche e le implicazioni pratiche dell'attuazione del paradigma di prossimità nei contesti reali, tra settembre 2023 e febbraio 2024, è stato condotto uno studio di caso nell'ambito di una tesi magistrale<sup>4</sup>. Lo studio ha avuto come oggetto la Fondazione Poliambulanza di Brescia, istituzione sanitaria nota per la sua eccellenza specialistica. La scelta è stata motivata dalla ricerca di esperienze di integrazione tra ospedale e territorio, una delle carenze più evidenti del sistema attuale. Inoltre, la Fondazione ha mostrato di riconoscersi nel paradigma della salute di prossimità, evidenziando un forte legame con la prospettiva del Welfare Responsabile.

La ricerca ha approfondito due ambiti chiave della salute di prossimità: le cure **domiciliari** e le **dimissioni** protette. Le prime garantiscono assistenza continua ai pazienti al proprio domicilio dopo la dimissione, mentre le seconde facilitano la transizione dei pazienti più fragili dall'ospedale al territorio, riducendo le ri-ospedalizzazioni e agevolando il reinserimento nella comunità.

Due casi emblematici, identificati come "casi nel caso" durante lo studio, evidenziano le sfide e le potenzialità nell'implementazione del modello di prossimità.

Il primo caso, intitolato "Con il cuore con le mani", è un progetto avviato da Poliambulanza nel 2019 per fornire assistenza domiciliare a pazienti cardiopatici complessi. Tra il 2019 e il 2021, il programma ha coinvolto 121 pazienti, registrando, a tre mesi dalla conclusione, il 4% di ricorsi al **pronto soccorso e di ricoveri** ospedalieri rispetto al 38% del gruppo di controllo che non aveva beneficiato delle visite domiciliari.

Il secondo caso è la storia di Amid<sup>5</sup>, un lavoratore irregolare proveniente dall'Asia meridionale, che nel 2022 ha subito un grave

---

<sup>4</sup> Lia Lombardi e Michele Marzulli hanno ricoperto rispettivamente il ruolo di relatrice e correlatore della tesi.

<sup>5</sup> Il nome del protagonista è stato cambiato per preservarne la privacy. La scelta del nome Amid richiama il Progetto AmiD (*Access to services for Migrants with Disabilities*), il

incidente sul lavoro, rimanendo paraplegico. Dopo la fase acuta, è emersa la necessità di avviare un percorso di dimissioni protette. Tuttavia, la mancanza di una residenza stabile e di supporti sociali adeguati ha reso estremamente complesso il suo reinserimento. Dopo oltre un anno di ricovero presso la struttura ospedaliera, Amid viene temporaneamente alloggiato in un hotel vicino alla stazione, in attesa di una sistemazione definitiva. La testimonianza dell'assistente sociale che ha seguito il suo caso mette in luce le profonde difficoltà legate alla gestione di situazioni di disabilità e marginalità sociale:

“Davvero, a volte ci vuole proprio fantasia, telefonate fatte la domenica, coincidenze fortunate... Ma per un Amid per cui ci si spende e si spera vada tutto per il meglio, quanti restano indietro? **Da soli non ci si salva e non si salva nessuno**”.

L'analisi qualitativa condotta nel corso dello studio ha messo in luce che l'implementazione del paradigma della “salute di prossimità” non può limitarsi a interventi formali. È necessario un profondo cambiamento strutturale e culturale che coinvolga non solo i **professionisti** sanitari, ma anche le **comunità** e le reti di supporto, formali e informali. Senza un tale rinnovamento, le proposte di riforma della sanità che animano il dibattito pubblico rischiano di restare interventi solo tecnici o amministrativi, privi di un impatto reale sul **benessere** delle persone. La salute di prossimità rappresenta una concreta opportunità per affrontare la crisi del SSN e, come sottolineato nello stesso Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), si tratta di “combinare immaginazione, capacità progettuale e concretezza”, senza lasciare che la **complessità** diventi un pretesto per l'inattività.

### *Riflessioni conclusive*

Il “Manifesto per una salute di prossimità” e l'esperienza di Poliambulanza, evidenziano l'importanza di un approccio integrato e di prossimità nei servizi sanitari, sottolineando che la trasformazione del sistema salute deve partire dal territorio e dalle relazioni tra le persone. Il superamento del sistema “ospedale-centrico”, attraverso la promozione di servizi territoriali e di comunità, è essenziale per affrontare le attuali sfide del sistema sanitario, come le liste di attesa e la frammentazione delle cure.

---

primo progetto europeo a trattare la questione dei migranti e richiedenti asilo con disabilità.  
<https://amidproject.eu/it/>



L'esperienza della Fondazione Poliambulanza di Brescia dimostra che è possibile implementare efficacemente il paradigma “salute di prossimità”, attraverso interventi significativi come le “cure domiciliari” e le “dimissioni protette”. Questi progetti non solo migliorano la qualità della vita dei pazienti, ma contribuiscono anche a ridurre i ricoveri ospedalieri (soprattutto i ritorni al pronto soccorso e le ri-ospedalizzazioni) e a facilitare il reinserimento sociale dei pazienti più fragili.

Tuttavia, la sfida principale rimane l'impiego e il coinvolgimento degli operatori sanitari, il cui impegno e volontà di cambiare sono cruciali per il successo di questo paradigma. È fondamentale che i cambiamenti siano anche di tipo culturale e strutturale, coinvolgendo attivamente le comunità e le reti di supporto. Solo attraverso un rinnovamento profondo, che combini immaginazione e capacità progettuale, è possibile affrontare la crisi attuale del Servizio Sanitario Nazionale e realizzare un'efficace “salute di prossimità”, mettendo al centro il benessere delle persone.

# **La dimissione dall'ospedale: risposte cliniche a bisogni sociali nel sistema della salute di prossimità**

di *Elia Croce* - Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero

Il Signor Giovanni, 87 anni, vedovo, senza figli, vive in un alloggio protetto di una RSA di provincia. Nessun caregiver presente. Livello di istruzione superiore. È autonomo, si reca regolarmente al Centro Diurno della RSA, ha relazioni costruttive e coerenti con gli altri ospiti, tendenzialmente presenta un tono dell'umore deflesso ma non assume terapia. In anamnesi un pregresso IMA 20 anni prima in terapia e follow up cardiologico. Si reca regolarmente dal proprio Medico di Medicina Generale. Viene portato in PS per caduta accidentale e frattura di femore sinistro.

La Signora Giulia, 97 anni, ipoacusica, fisicamente non autosufficiente ma presente nel tempo e nello spazio. Vive al domicilio con un badante h24. Presente un caregiver (figlio unico, 66enne, iperteso, diabetico, obeso). Dopo un ricovero in Medicina per assenza di posti letto in Geriatria, a causa di episodi di dispnea ed una caduta accidentale al domicilio senza conseguenze traumatologiche viene dimessa dopo 5 giorni con necessità di medicazioni.

Il Signor Fabrizio, 69 anni, senza fissa dimora, tessuto sociale assente, patologia psichiatrica non riconosciuta, necessità di ossigenoterapia, monitoraggio dei parametri vitali quotidianamente ed educazione terapeutica per la gestione dell'ossigeno. Condotto in PS dal 118 vittima di una rissa, in stato di agitazione psico fisica, viene dimesso dalla Medicina dopo risoluzione di una polmonite nosocomiale. Vive in strada. Si reca regolarmente in dormitorio, cambiandolo però spesso tra quelli presenti in città.

Il Signor Amnar, 42 anni, straniero regolarizzato. Vive con altri connazionali in un appartamento in un paese dell'hinterland. In Italia da 13 anni ma non parla bene la lingua. Moglie e figli in Pakistan. Vittima di incidente sul lavoro, frattura del bacino. Operato, ricoverato in Terapia Intensiva e poi in Riabilitazione, inizia un percorso riabilitativo ospedaliero con necessità di successivi accessi ambulatoriali.

I 4 casi clinici sopra sintetizzati sono realmente accaduti e la loro presa in carico è tuttora in corso e fotografano come la definizione di “dimissione ospedaliera” possa comprendere e comportare bisogni, risorse e strategie

ma anche soluzioni completamente differenti, spesso in una cornice anche informale di gestione grazie alla “fantasia e creatività” degli operatori ed al coinvolgimento di servizi, familiari e caregivers.

L’Articolo 32 della Costituzione Italiana recita che la nostra Repubblica “tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

Tale principio guida la scelta del professionista sanitario in tutti i momenti di cura: dall’accesso al servizio, territoriale od ospedaliero, fino alla dimissione, al trasferimento in altro setting sia questo il proprio domicilio sia una struttura sociosanitaria.

Partendo da tale presupposto, il processo di cura quindi non si conclude con la dimissione ospedaliera ma anzi, da tale “passaggio” spesso inizia un nuovo percorso, clinico, sociale, umano che non coinvolge solo il sanitario inteso come medico specialista, ma anche l’infermiere, l’assistente sociale, il fisioterapista, il logopedista, l’operatore sociosanitario, lo psicologo, l’assistente sanitario ed ogni figura professionale che possa accompagnare il malato. A questi si aggiungono i caregivers, formali od informali, istituzionali o familiari ed il mondo del terzo settore, del volontariato, senza il quale, in questo momento storico e contesto epidemiologico, la rete che sostiene il sistema sociosanitario non esisterebbe.

Per chi vive l’ospedale, spesso, coinvolto da una dinamicità tempestosa in termini di tempo, l’idea che la dimissione dal nosocomio possa concludere l’iter diagnostico terapeutico del malato è reale, automatica e talvolta obbligata. In realtà la dimissione rappresenta uno dei momenti di cura più importanti non solo sul piano clinico assistenziale ma nella gestione operativa, umana, sociale e quotidiana della malattia.

In sanità il momento della dimissione ospedaliera è descritto come il passaggio, programmato e concordato, di un paziente dal ricovero in ospedale ad un altro setting, assistenziale, domiciliare, di cura dove più professionisti, servizi ed attori, portatori di interessi (del paziente, ma non sempre è così) dialogano per trovare una soluzione ai bisogni del malato.

Lavorare in sanità oggi significa lavorare “in salute”: pensare interventi di assistenza in grado di offrire risposte rispettose, capaci di cogliere e di valorizzare le soggettività, di sviluppare relazioni umane, in ottica di rete tra Enti, soprattutto in un territorio come il nostro, lombardo ma più in generale europeo, complesso e articolato in termini di culture, popolazioni e realtà.

In questo contesto l’interconnessione tra servizi territoriali e l’ospedale per acuti, anche attraverso strumenti digitali e l’implementazione di figure professionali chiave del processo di integrazione ospedale-territorio, come

l'Assistente Sociale, l'Infermiere di Famiglia e Comunità che agiscono attraverso lo strumento della dimissione ospedaliera ed il Terzo Settore, rappresenta un valido fattore di accelerazione per la gestione di casi e situazioni sanitarie, socio-sanitari e sociali sempre più presenti sul territorio, coinvolgendo i Comuni che rappresentano per il cittadino "la prima porta aperta sulla strada", nel contesto normativo che evolutivamente nasce dalle Leggi 328/2000 e, prima, 502/1992 e 517/1993, oggi "evoluto" nel D.M. 77/2022.

La "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'azienda sanitaria territoriale di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da una adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

Disuguaglianze sociali ed economiche giocano un ruolo importante nell'accesso alle cure dopo la dimissione. I pazienti provenienti da contesti socioeconomici svantaggiati hanno spesso meno risorse per accedere alle cure domiciliari o alle tecnologie necessarie per il monitoraggio remoto. Questo può esacerbare le condizioni di salute e aumentare il rischio di riospedalizzazione.

Il costo delle riospedalizzazioni rappresenta una parte significativa della spesa sanitaria. In Italia, i costi associati alle riammissioni ospedaliere non pianificate ammontano a miliardi di euro ogni anno. Un adeguato piano di dimissione può ridurre questi costi migliorando la gestione dei pazienti a domicilio e prevenendo complicazioni.

Il target di riferimento e quello maggiormente epidemiologicamente rappresentato anche nella pratica clinica e sociale quotidiana è formato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, italiane e straniere, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio

accreditato. A questi poi si aggiungono casi particolarmente impegnativi dal punto di vista “sociale”: dipendenze, situazioni di marginalità, problemi economici, famiglie “allargate”.

Il concetto di multidisciplinarietà è spesso ostaggio del tempo ospedaliero, necessariamente veloce, dinamico che si scontra con i tempi del “sociale”, del territorio. Tale binomio rappresenta una delle sfide più significative per la sanità del futuro, soprattutto in un contesto ormai non più solo “liquido” come descritto dal filosofo Habermas ma della “post modernità”, dove la medicina sta cercando casa nella “personalizzazione” della stessa, navigando tra pazienti che diventano clienti con autodiagnosi “googolate”, app fantasma che accumulano milioni di byte di dati che “vendiamo” a terzi, ma che ormai tutti abbiamo sugli smartphone.

Ciò premesso, è necessario adottare degli strumenti operativi per affrontare la dimissione ospedaliera nella filiera della salute di prossimità, tra esperimenti sociali e realtà clinica, come peraltro previsto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità con gli obiettivi per uno sviluppo sostenibile.

Tali obiettivi, si declinano, a fronte dell’esperienza sul campo vissuta dagli operatori, nelle seguenti strategie operative quotidiane applicabili e misurabili:

- a. Welfare di prossimità: reti formali e informali
- b. Buone prassi: pensare globale, agire locale
- c. Peculiarità territoriale: valorizzazione dei servizi e delle realtà presenti a livello locale
- d. Indicatori: misurazione del processo e dell’esito
- e. Normative (ex DGR 2569/2014, DGR 6867/2022, DM 77/2022, PNRR missione 6)
- f. Persone (Operatori, Caregivers, Pazienti)
- g. Ambiente - cambiamento climatico - flussi migratori – Società/Modernità liquida (Papa Francesco Enciclica Laudato Sì, 2015, Bauman, 2017)

In conclusione, la dimissione dall’ospedale rappresenta uno strumento di approccio cosiddetto “ecologico-sociale” attraverso la promozione della salute, la capacità di dare risposte operative ai bisogni sociali delle persone e costruire relazioni significative familiari e comunitarie in un contesto nel quale siamo abituati a fornire risposte cliniche a bisogni sociali nel sistema della salute di prossimità.

Migliorare le dimissioni ospedaliere, “protette”, integrate tra l’ospedale ed il territorio, richiede un approccio olistico e multidisciplinare che integri

risorse cliniche, sociali e tecnologiche. Gli interventi che si concentrano su una pianificazione anticipata, un'assistenza integrata e un coinvolgimento attivo di famiglia e caregiver, combinati con il supporto della telemedicina e delle cure domiciliari istituzionali, formali e territoriali, garantiscono una transizione sicura ed efficace dall'ospedale alla "casa", non necessariamente più il proprio domicilio. In questo modo, si migliora la qualità della vita dei pazienti e si riducono le riospedalizzazioni ed i costi sanitari.



# **La tutela della salute tra diritto individuale e interesse della collettività: differenti concezioni interpretative in una prospettiva storica**

di *Nicola Pasini*, Università degli Studi di Milano

In questo breve articolo mi concentrerò prevalentemente sulla prima parte del primo comma dell'art.32 della Costituzione italiana che sancisce il principio secondo il quale “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. Anche l'art.1 della legge di “riforma sanitaria” (1.833 /1978) sostiene lo stesso concetto, considerando il Sistema Sanitario Nazionale come mezzo per attuare un “fondamentale diritto dell'individuo”. Vorrei, quindi, concentrare l'attenzione sul rapporto tra un diritto individuale (la tutela della salute) e un interesse più generale, l'interesse della collettività, qualora si debba decidere, in caso di conflitto, a chi dare la priorità. Il caso della pandemia di Covid-19 è stato, da questo punto di vista, emblematico.

Senza prendere in considerazione l'evoluzione storica che dallo Stato di diritto liberale ha condotto alla riforma sanitaria del 1978, per esigenze anche di carattere politico (lealtà al regime democratico senza ombre di ambiguità), sembra che i costituenti, dovendo contemperare posizioni diverse, abbiano volute dare priorità al diritto individuale (all'individuo) piuttosto che all'interesse collettivo (allo Stato), assumendo quest'ultimo come strumento per la realizzazione del primo<sup>1</sup>: qualsiasi funzione pubblica deve essere subordinata ai diritti individuali. Inteso in questo modo il diritto individuale alla salute risulterebbe prioritario rispetto alle istanze della collettività<sup>2</sup>. Ci si rende subito conto della

---

<sup>1</sup> Cfr. Amato G., 1976, p.132: “[...] si vollero realizzare insieme libertà dallo stato e libertà attraverso lo stato, con una difficile sintesi che i giuristi avrebbero tentato di razionalizzare attraverso la formula della «dialettica libertà/autorità». Ciò, del resto, era già visibile nella stessa Dichiarazione dell'89, la quale rifletteva questo dualismo; art.1: «Gli uomini nascono e rimangono liberi e uguali»; art.2: «scopo di ogni associazione politica e conservare i diritti naturali e imprescrittibili dell'uomo»”

<sup>2</sup> Cfr. Nesporsano S., Santosuoso A., Satolli R., 1992, p. 120. Il secondo comma dell'art.32 Cost., relativamente all'obbligatorietà o meno dei trattamenti sanitari, fa emergere in modo molto chiaro il difficile equilibrio che si presenta nelle società democratiche tra interessi generali e il diritto alla libertà individuale: si è sottoposti a trattamenti sanitari obbligatori (TSO) sempre, cioè qualora e in gioco sia la salute del singolo sia quella di 'terzi', oppure solo quando si vuole evitare un pericolo agli altri?



difficoltà di ricondurre questo diritto all'interno dell'ordinamento giuridico, in cui si manifesta come diritto del "compromesso", se non anche come diritto contraddittorio: da un diritto fondamentale della persona si passa all'impossibilità di garantirlo nella sua interezza, in quanto la tutela della salute implicherebbe una normativa completa in grado di eliminare tutti i rischi della vita, negando in tal modo qualsiasi libertà individuate.

I principi fondamentali della nostra Costituzione intendono rovesciare, quindi, la premessa statualistica della dottrina fascista che subordina i diritti e le libertà individuali agli interessi della nazione. La tutela della persona diventa dunque il fine supremo dello Stato democratico. In altre parole, la nostra Costituzione repubblicana si caratterizza (si veda l'art.2) per vedere nella persona il fulcro dell'intero ordinamento positivo. Naturalmente, nel sostenere che la libertà della persona inviolabile (art.13 Cost.) non si vuole intendere che non siano ammessi limiti in nessun caso, poiché, come si è visto, il concetto di inviolabilità della libertà presuppone che, se il singolo individuo è libero di fare ciò che vuole, non può, in funzione di questa facoltà, danneggiare terzi (l'esercizio della libertà individuate deve necessariamente coesistere con la libertà altrui<sup>3</sup>). Di fronte a istanze contrapposte e spesso conflittuali tra diritti di libertà della persona e interessi collettivi, anche ammesso che teoricamente la prima nei regimi liberal-democratici abbia la priorità sui secondi, sarà nella concretezza del singolo caso che si tratterà di verificare il rispetto o meno di tale priorità.

### *Concezione della salute: liberalismo, assolutismo, solidarismo*

L'orientamento con cui viene disciplinata la libertà personale non sfugge allo scontro tra le differenti concezioni interpretative, nell'ambito del diritto alla salute, relative al rapporto tra Stato e cittadino che hanno poi trovato una realizzazione "di compromesso" nelle singole norme del nostro ordinamento<sup>4</sup>. In generale, al significato della libertà personale si possono dare tre diverse interpretazioni:

---

<sup>3</sup> Sul fatto che un certo trattamento sanitario violi il rispetto della persona umana, si veda, a proposito del dibattito sulle norme in materia, la posizione di Lessona S., 1950, p. 236: "la ricerca dei limiti imposti dal rispetto della persona umana potrà farsi considerando l'opinione pubblica dominante su problemi concreti nel periodo storico di cui si tratta"; Mortati C., 1972, p. 6, il quale sostiene, in chiara opposizione con Lessona, che i contenuti imposti dall'evoluzione della coscienza popolare incontrano il loro limite nel sistema costituzionale.

<sup>4</sup> Cfr. Amato G., 1976, pp. 362-363.

1) *modello liberale-libertario*: la priorità dell'individuo è tendenzialmente assoluta, al punto che le interferenze statali o di terzi in genere sono ridotte al minimo: si parla infatti di "Stato minimo"<sup>5</sup>, avente la sola funzione di garantire a ciascuno la più ampia libertà d'azione.

2) *modello autoritario-assolutista*: affinché ci sia uno Stato forte si ritiene che la difesa sociale è nel complesso più rilevante della libertà del singolo cittadino.<sup>6</sup>

3) *modello solidaristico*: la priorità della libertà non viene negata, ma per affermarla è necessario l'intervento dello Stato, dal momento che, essendo i cittadini socialmente diseguali, non sarebbero altrimenti garantiti i loro diritti. I principi di giustizia e di solidarietà sociale si concretizzano attraverso i servizi di welfare ed è proprio alla luce di questi principi che si realizzò il primo Servizio sanitario nazionale (Ssn), quello britannico (*Health National Service*, HNS)<sup>7</sup>. Nelle democrazie occidentali (tra cui quella italiana), basate sulla solidarietà sociale, il diritto alla salute come diritto sociale pretende siano garantiti a tutti 'standard minimi' di prestazioni o di cure sanitarie, onde onorare il principio fondamentale di eguaglianza di cittadinanza. Il diritto alla salute, nonostante sia collocato all'interno dell'ordinamento giuridico italiano nell'ambito dei rapporti etico-sociali (art.32 della Costituzione italiana), non è meno rilevante di altri principi contenuti nei diritti fondamentali. Esso costituisce, quindi, una garanzia dal punto di vista costituzionale, diventando un preciso diritto dell'individuo. Proprio partendo da tale modello, ispirato alla solidarietà sociale, l'art. 32 della costituzione italiana sancisce il principio secondo il quale "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti", come pure nell'art. 1 della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Ssn si dice che "la salute, individuale e collettiva, è tutelata per mezzo del Ssn, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana nelle fasi di promozione, mantenimento e recupero della salute".

---

<sup>5</sup> Cfr. Nozick R. 1981.

<sup>6</sup> Per uno Stato 'potente' che obbliga i cittadini a adottare misure preventive o a curarsi, anche qualora non sia necessario, in quanto non arrecano danno agli altri, cfr. Lessona S, *Trattato di diritto sanitario*, I, Bocca, Torino 1914, p.11: "Lo stato non può assolutamente disinteressarsi di tutto quello che nel campo sanitario riguarda la salute de! singolo, perché, anche se si tratta di morbi individuali, non pericolosi immediatamente per la società, e certo mediamente dannoso al consorzio sociale ii contegno de! cittadino che trascurando la salute, deperisce come organismo e contribuisce anche al deperimento della razza."

<sup>7</sup> Cfr. l'ormai classico Titmuss R., *Essays on the "welfare state"*, George Allen & Unwin, London 1958, trad. it., *Saggi sul "welfare state"*, Edizioni lavoro, Roma 1985. Oggi la letteratura sul Welfare è sterminata e in gran parte verte sulla riforma dei sistemi di Welfare.

Laddove alcune scelte e stili di vita potrebbero mettere seriamente a rischio la sovranità su sé stessi, il principio del rispetto della libertà individuale sarebbe messo a dura prova, al punto di chiamare in causa l'obbligatorietà di un trattamento sanitario. Non voglio addentrarmi ora nell'analisi del II comma dell'art.32 della Costituzione, ma il richiamo alla questione della scelta degli stili di vita differenti mi permette di chiarire meglio come in base ai tre orientamenti sopra indicati verrebbe trattata la questione della libertà individuale e, quindi, della tutela della salute.

Il modello liberare classico è assolutamente insensibile al valore e al contenuto della preferenza che il singolo esprime. C'è una sostanziale indifferenza da parte dello Stato nei confronti della tutela della salute dei cittadini<sup>8</sup>. Tale impostazione è totalmente garantista, nel senso che si preoccupa solo delle interferenze alla libertà del soggetto e del fatto che tale libertà non arrechi pericolo agli altri consociati.

Specularmente, il modello che per comodità ho chiamato autoritario e assolutista nega, per motivi di ordine sociale, che si esplichino certe libertà individuali. Quanto alla tutela della salute, essa viene subordinata a una concezione, appunto, paternalistica (ed etica) dello Stato. La salute diventa un aspetto dell'efficienza della persona, il malato è colui che non è in grado di produrre e potenzialmente è 'pericoloso' per gli altri. Se si aderisse a questo modello, quindi, non sono rilevanti né l'autonomia individuale né la salute del singolo che è solo strumento per fini collettivi.

Il modello solidaristico, tipico delle istituzioni democratiche, ritiene che ogni persona abbia pari dignità sociale e lo stesso diritto di intraprendere qualsiasi esperimento di vita, preoccupandosi al contempo di tutelare i terzi e di creare servizi sociali di assistenza, eventualmente interessati a un riadattamento sociale<sup>9</sup>. Essendo la concezione dello Stato personalistica e partecipativa, la tutela della salute individuate diventa un presupposto fondamentale dello sviluppo dell'individuo: il fine ultimo della tutela è l'individuo inteso come persona che deve essere messa nelle migliori condizioni di esprimersi.

---

<sup>8</sup> Cfr. Di Cerbo F., *La Tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*, Iandi Sapi Editori, 1978, p.5, secondo il quale, nell'analizzare l'intervento dello Stato per la tutela della salute in una prospettiva liberista, la salute è un bene esclusivamente individuale e il cittadino vi provvede nei limiti del bilancio familiare, con un'eventuale integrazione da parte di interventi caritatevoli di privati.

<sup>9</sup> Per meglio capire la differenza tra le tre impostazioni nell'ambito della prevenzione e del riadattamento sociale, trovo molto utile la distinzione fatta da Amato G., *Individuo e Autorità*, cit., p. 529: "(...) fra la situazione in cui il singolo interessa solo per i pericoli che può arrecare alla pubblica sicurezza e come delinquente che ha già violato il codice penale, c'è uno spazio che almeno in parte può essere colmato."

In questo senso va inteso il passaggio dallo Stato liberale classico allo Stato sociale, attraverso il quale i principi dell'eguaglianza e della libertà vanno oltre i proclami formali presenti nelle varie Dichiarazioni dei diritti umani e universali. L'intervento dello Stato non vuole ripudiare il sistema garantista a tutela delle sfere di libertà e di eguaglianza riconosciute dallo Stato di diritto borghese: suo scopo è di esaltare in realtà tali principi a livello sostanziale. Si noti perciò il collegamento tra l'art. 32 della Costituzione e i principi fondamentali di essa, collegamento ben posto in evidenza da Costantino Mortati: "Lo Stato repubblicano ha posto come somma direttiva della propria azione la protezione e lo sviluppo della personalità dei singoli, non solo nel senso 'negativo' della sua preservazione da ogni attentato da parte di altri, ma in quello 'positivo' dell'esigenza di predisporre le condizioni favorevoli al suo pieno svolgimento. È ovvio come da tali condizioni debba necessariamente e in via primaria rientrare la salute"<sup>10</sup>.

Si delinea, quindi, un nuovo modo di intendere la salvaguardia della salute che, naturalmente, tiene in considerazione la definizione stessa del concetto espresso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): salute non solo come assenza di malattia o di infermità, ma soprattutto come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale", anche se sarebbe più opportuno riferirsi a una "situazione dinamica di equilibrio che interagisce con l'ambiente" piuttosto che a una condizione o 'stato'.

### *Bibliografia di riferimento*

- Amato G. (1976). *Individuo e Autorità nella disciplina della libertà personale*, Milano: Giuffrè
- Cammeo F. (1905). *Diritto amministrativo italiano*. a cura di Orlando V.E., Soc. Milano: Ed. Libreria
- Colombo (1977). *Principi ed ordinamento dell'assistenza sociale*. Milano, Giuffrè.
- Di Cerbo F. (1978). *La tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*. Iandi Sapi Editori.
- Lessona S. (1914). *Trattato di diritto sanitario I*. Torino: Bocca.
- Mortati C. (1972). *La tutela della salute nella Costituzione italiana*. In *Raccolta di scritti, III, Problemi di diritto pubblico nell'attuale esperienza costituzionale repubblicana*, Milano.

---

<sup>10</sup> Cfr. Mortati C., *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in "Rivista infortuni e malattie professionali".

- Nespor S., Santosuosso A., Satolli R. (1992). *Vita morte e miracoli - Medicina, genetica, diritto: conflitti e prospettive*. Milano: Feltrinelli.
- Nozick R. (1991). *Anarchia, stato e utopia*. Firenze: Le Monnier.
- Titmuss R. (1958). *Essays on the "welfare state"*. George Allen & Unwin, London 1958, trad. it. *Saggi sul "welfare state"*. Roma: Edizioni lavoro.

# Le sfide per una nuova sanità territoriale. Riflessioni da un punto di vista giuridico<sup>1</sup>

di *Ennio Codini* - Università Cattolica del Sacro Cuore

Da un punto di vista giuridico, la riflessione sul tema va sviluppata a partite da un insieme di principi. Anzitutto, la “sanità” come servizio pubblico è strumento per la tutela del diritto alla salute, come indicato dall’art. 32 della Costituzione. L’organizzazione è *servente*, le relative soluzioni vanno sempre valutate nel loro rapporto con tale diritto.

Anche il principio di sussidiarietà orizzontale – presente da tempo nella Dottrina sociale della Chiesa e oggi anche nella Costituzione – assume primaria rilevanza. Esso richiede anzitutto che l’intervento pubblico si realizzi nella misura in cui richiesto da bisogni – nel caso: “di salute” – della persona non altrimenti soddisfatti in modo adeguato garantendo tutela e eguaglianza, rispettando e valorizzando la capacità della persona d’essere comunque protagonista degli interventi, anche scegliendo i luoghi e le modalità di cura. Il principio di sussidiarietà orizzontale richiede poi che l’intervento pubblico rispetti e valorizzi le risorse che famiglia e società possono mettere in campo per rispondere ai bisogni concernenti la salute, compresi gli operatori privati (nella linea dell’art. 118 della Costituzione) attraverso un servizio pubblico concepito in termini *oggettivi* – governo pubblico, gestione mista pubblico-privato – che utilizzi in modo ottimale le risorse disponibili, in tal modo tutelando al meglio il diritto alla salute in un contesto dove il finanziamento è relativamente scarso e potendosi così anche dare il più ampio alla libertà quanto ai luoghi di cura e alle modalità di cura.

Non va trascurato, inoltre, il principio di proporzionalità. Ogni sacrificio imposto alla persona deve seguire la logica del *minimo mezzo*: se, ad esempio, è possibile assistere senza ricovero e questo meglio soddisfa le esigenze di vita della persona tale soluzione va preferita, in linea anche col principio d’autodeterminazione.

Non va dimenticato, infine, il principio di sussidiarietà verticale: nel definire i ruoli dei soggetti pubblici territoriali il legislatore (regionale e statale, secondo il rapporto di sussidiarietà definito dall’art. 117 della

---

<sup>1</sup> Relazione al Convegno “Ospedale e territorio nel sistema della salute di prossimità” (Brescia, 14 giugno 2024).

Costituzione) deve muovere dalla valorizzazione dei comuni e poi delle regioni legando l'intervento delle istituzioni "maggiori" a una riscontrata *inadeguatezza* delle minori.

Quanto detto da ultimo mostra che il principio di sussidiarietà verticale, come invero anche quello di sussidiarietà orizzontale, implica in ogni caso *scelte del legislatore* e più in generale di chi governa nei diversi contesti circa l'adeguatezza (che non è certo qualcosa di definibile a priori o dato a prescindere da complesse valutazioni), questo peraltro non ne fa venire meno la rilevanza.

Se muovendo dai principi cui ho accennato consideriamo l'evoluzione della disciplina del servizio sanitario e specialmente la sua dimensione territoriale vediamo anzitutto che in generale lo Stato sociale si è sviluppato fino a pochi decenni orsono in buona misura "a prescindere", secondo logiche diverse. Basti pensare alla scelta a favore dell'istituzionalizzazione delle persone con disabilità o a quella del modello dell'ospedale psichiatrico. Difficile, se non impossibile, vedere, in questo, un porre in primo piano i diritti della persona e la sua autodeterminazione, prevalendo invece la tutela di altri interessi. Difficile, se non impossibile, vedere, in questo, proporzionalità. Va altresì osservato che lo sviluppo del *Welfare state* è stato, salvo che in alcuni ambiti, nel segno di un modello non oggettivo bensì soggettivo del servizio pubblico centrato sull'idea non solo di un governo ma di una gestione affidata in toto o quasi a soggetti pubblici.

Sul finire del Novecento, sono emersi approcci più in linea coi principi cui ho accennato. Con la legge n. 833 del 1978 si è cercato di mettere la persona, col suo diritto alla salute, al centro del sistema, valorizzando tra l'altro la prevenzione che per sua natura vede la persona specificamente protagonista. L'ospedalizzazione è stata posta come estrema ratio, anche secondo una logica di proporzionalità. Il principio di sussidiarietà è stato valorizzato nella sua duplice configurazione, dandosi spazio ai privati nella gestione dei servizi – secondo scelte in parte rimesse ai governi regionali con conseguente sviluppo di diversi "modelli" – e affidandosi in buona misura il servizio pubblico ai comuni secondo il modello della Usl. Peraltro, successivamente, alcune di queste scelte sono state trascurate o riviste: non si è investito più di tanto nella prevenzione; nell'evoluzione della disciplina è ben visibile una rivalutazione degli ospedali; dal modello della Usl si è passati a quello della Asl con la regione al centro della gestione. Tale successiva evoluzione non va peraltro considerata dimostrazione di una qualche inadeguatezza o inattuabilità dei principi di

cui sopra, ma semplicemente come indicativa delle relative difficoltà nonché del fatto che certe modalità attuative possono dar luogo a criticità.

Da non trascurare, considerando l'evoluzione negli ultimi decenni, anche la legge n. 328 del 2000. Essa concerne il sistema degli interventi e dei servizi sociali. Ma per l'intrecciarsi, nei bisogni come nell'assistenza, del sociale col sanitario, riguarda anche quest'ultimo. E questo va considerato specialmente se si mette al centro la persona, si pensi a come in certe situazioni d'estrema debolezza, fragilità, sofferenza la qualità della vita dipenda da un insieme efficace di interventi sanitari e socioassistenziali.

La legge n. 328 per rispondere effettivamente all'esigenza di tutelare i diritti ha confermato il ruolo già centrale dei comuni in tema di interventi e servizi sociali e ha massimamente valorizzato il principio di sussidiarietà orizzontale, con la sua logica di sistema integrato ovvero di rete.

Venendo ai più recenti sviluppi, vediamo nel DM n. 77 del 2022 l'indicazione, importante nella logica della sussidiarietà orizzontale come della proporzionalità, della casa quale "luogo privilegiato" dell'assistenza, secondo il modello dell'assistenza domiciliare integrata da concretizzarsi anche attraverso gli infermieri di comunità. Sempre nella linea dell'avvicinare la cura ai luoghi di vita nello stesso provvedimento troviamo le case della comunità e poi gli ospedali di comunità chiamati tra l'altro a ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero. Nel DM n. 77 si parla anche di una maggiore integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale. Trascurato appare invece il Terzo settore.

Altri provvedimenti recenti rilevanti per quanto qui interessa sono: il decreto legislativo n. 29 del 2024, che tra l'altro prevede uno sviluppo dei servizi domiciliari per gli anziani non autosufficienti, il che dovrebbe contribuire a rendere il ricovero in RSA effettivamente estrema ratio così tutelando la persona secondo il principio di sussidiarietà orizzontale e una logica di proporzionalità; e il decreto legislativo n. 62 del 2024, che tra l'altro prevede per le persone con disabilità una valorizzazione del progetto di vita, sinora poco rilevante, ossia di uno strumento che mette al centro la persona con l'insieme dei suoi bisogni, ne valorizza l'autodeterminazione, e prefigura su tale base una riconduzione a sistema di tutti gli interventi sanitari e socioassistenziali.

Difficile dire, oggi, se questi più recenti sviluppi porteranno ad un assetto maggiormente in linea coi principi di cui si è detto in apertura. Al di là delle difficoltà sempre insite nel cambiare, sono ostacoli non trascurabili, tra gli altri: il nodo dei costi, in un *Welfare state* con risorse tendenzialmente decrescenti a fronte di bisogni tendenzialmente crescenti,



fermo restando che ad esempio la domiciliarità e in generale la diffusione su territorio degli interventi potrebbero persino ridurli, anche grazie alle nuove tecnologie (si pensi a quella telemedicina che nel 2025 dovrebbe riguardare 200mila pazienti); il nodo dell'integrazione tra sanitario e socioassistenziale, in un contesto dove tra l'altro a livello istituzionale storicamente si sono definiti due "sistemi", uno regionale e l'altro comunale, per il quale, ma con tutta una serie di limiti, il DM n. 77 indica quale riferimento il organizzativo distretto e operativo le case della comunità; e la criticità costituita dal fatto che dovrebbe chiedere sempre "di più" a nuclei familiari per varie ragioni e in vario senso strutturalmente più deboli di quelli che si avevano in passato.

## Professione infermieristica e nuovi bisogni di cura

di *Sonia Tosoni* - Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero

Negli ultimi anni la crescente pressione sul rispetto di equilibri economico finanziari e la produzione di elevati standard qualitativi dell'assistenza hanno consolidato il concetto di "fare meglio" nel rispetto dell'efficienza e dell'economicità.

L'attenzione al controllo sul consumo delle risorse e la necessità del sistema sanitario di combattere le inefficienze hanno dato avvio a una riflessione sulla gestione dei settings assistenziali e hanno richiesto di introdurre competenze pertinenti nella lettura dei bisogni di cura.

E' in questo scenario che la professione infermieristica è chiamata a rimettere in discussione il proprio potenziale, rappresentato da un sapere disciplinare solido e imprescindibile, che si modella ad una continua richiesta di programmazione delle risorse e di progettazione delle attività.

Il tentativo è quello di poter identificare un patto sociale tra cittadini, professionisti, istituzioni ed operatori economici per trasformare la salute da spesa a valore. Una prospettiva in grado di variare scenari da tempo consolidati, che non sempre corrispondono ad un reale valore collettivo.

Una nuova architettura dei sistemi sanitari e la ricerca di un'organizzazione assistenziale adeguata ai bisogni di cura divengono due modelli opportuni da implementare per poter realizzare efficaci cambiamenti.

Appartiene al *Nursing* ricercare e motivare progetti e pianificazioni, rispondere ai bisogni di cura conciliando osservazioni che nascono da matrici diverse: l'una economica sociale e l'altra antropologica.

Gli antichi filosofi greci, nella visione di una dualità di anima e corpo, hanno sempre considerato che un corpo malato potesse intaccare anche la parte più nobile dell'essere umano sita nell'anima.

La cura è dunque ontologicamente essenziale, protegge la vita e coltiva la possibilità di esistere.

Il termine cura fin dall'antichità porta con sé significati diversi: c'è una cura necessaria per continuare a vivere ed una cura necessaria a permettere l'esistere. La prima è la cura come lavoro del vivere, la seconda è arte dell'esistere.

Fondazione Poliambulanza porta avanti ogni giorno l'originaria mission, dove l'assistenza sia sempre aggiornata, qualificata e universalistica.

Dal 2019 Fondazione Poliambulanza finanzia un progetto di cure domiciliari rivolte ai pazienti cardiopatici cronici. Il progetto chiamato **#ConIlCuoreConLeMani** è nato dalla necessità di rispondere al bisogno di poter garantire la continuità delle cure nei pazienti cronici e di contenere il fenomeno di *revolving doors*.

La dimissione ospedaliera in generale corrisponde ad un momento particolarmente critico per il paziente e i suoi familiari, che si trovano a dover affrontare aspetti che nel ricovero hanno “delegato” ad altri. La complessità insita nelle patologie cronico degenerative, e in particolare nelle patologie cardiovascolari, trova spesso ostacoli nella capacità di poter rispondere in autonomia alle più frequenti variabili cliniche che si presentano.

Diviene obiettivo primario organizzare e pianificare già nelle prime fasi dell'ingresso la gestione della dimissione, quindi il percorso più adatto al paziente alla luce di alcune condizioni, talune non del tutto ordinarie.

Il progetto ha visto l'adozione di due score validati per arruolare nel percorso di presa in carico i pazienti: LACE SCORE e Scala di BRASS, due strumenti che, consultati dai medici e dagli infermieri che sono stati di riferimento in occasione del ricovero, guidano la scelta dell'arruolamento del paziente al progetto. Il paziente e la sua famiglia, dopo essere stati informati, vengono presi in carico per un periodo di otto settimane, durante le quali ricevono la visita di un infermiere esperto, che si avvale di un supporto informatizzato per la condivisione dei dati clinici utili alla valutazione obbiettiva del cardiologo di riferimento

Il contributo del tele-monitoraggio e della telemedicina sostiene la gestione del paziente, al suo domicilio, che diviene a tutti gli effetti un luogo di cura. Questi supporti abbracciano e integrano il tema della “prossimità connettiva”, una condizione che si rifà al di *Knonthworking*, concetto che prevede il superamento dei limiti geografici. La telemedicina si conferma una risorsa indispensabile nella gestione dello scompenso cardiaco cronico, contribuisce a ridurre le riammissioni ospedaliere, migliora la qualità della vita e ottimizza le risorse sanitarie. L'adozione di queste tecnologie, come delineato nel "Modello Regionale di Telemedicina", sta trasformando la gestione dei pazienti cronici, offrendo un'assistenza sanitaria più accessibile, efficiente e personalizzata.

Il “prendersi cura”, accogliendo l'innovazione senza svilire la relazione, acquisisce un significato congruente all'etimologia del termine

assistenza dal latino *ad-sistere*, stare accanto. Quindi “esserci” nella dimensione solidaristica dell’assistenza sanitaria, rappresenta il valore della solidarietà umana.

La Nostalgia narrata da Bauman, definita come “visione nel passato perduto, rubato, passato, ma non ancora morto, e non legata al futuro non ancora nato” porta ad avere paura nel presente e a generare insicurezza tra le persone. A un’epidemia di nostalgia spesso segue una rivoluzione, che porta l’uomo a definire le risposte vitali al resistere. La cultura del dialogo può essere una possibilità per guarire dalla nostalgia, una responsabilità questa sulle spalle di tutti.



# **La gestione della *non autosufficienza* tra servizi territoriali, domiciliarità e lavori di cura**

di *Valerio Corradi* - Università Cattolica del Sacro Cuore

## *Moltiplicazione delle fragilità e indebolimento della capacità di riposta delle famiglie*

L'invecchiamento della popolazione pone sempre di più il problema dell'assistenza e della cura di un numero crescente di anziani fragili e richiede un ripensamento del welfare territoriale per dare risposte a lungo termine ai bisogni delle persone, soprattutto di quelle non autosufficienti. L'Istat stima che tra il 2040 e il 2045 la popolazione anziana raggiungerà il 33 per cento del totale, con delle importanti ricadute sulle famiglie e sul sistema di assistenza. Attualmente sono oltre 7 milioni le persone che hanno compiuto i 75 anni di età (circa il 12 per cento dell'intera popolazione), 4 milioni hanno raggiunto e superato gli 80 anni e quasi 800 mila hanno compiuto 90 anni. Un aspetto rilevante è il costante aumento delle persone non autosufficienti. Il 33 per cento di over 65 e il 48 per cento degli over 85 ha gravi patologie croniche. 3,8 milioni di over 65 presentano una grave riduzione dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura personale e nella vita domestica. Il 6,9 per cento degli anziani (circa un milione) ha bisogno di assistenza o ausili perché non autonomo nella cura della propria persona. Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide nelle attività quotidiane di cura personale e in quelle della vita domestica. Si stima che le demenze senili e l'Alzheimer colpiscano circa 600mila persone tra gli over65 che vivono in famiglia (il 4,2% degli anziani) ai quali si aggiungono gli anziani ospitati nei centri residenziali.

In merito alla capacità delle famiglie di prestare assistenza alla propria componente più anziana e fragile, è utile osservare che, sempre secondo l'Istat, il 60 per cento degli anziani abita nello stesso comune del figlio. Il 20,9 per cento vive con i figli, il 15,1 per cento nello stesso caseggiato e il 25,8 per cento entro 1 km. Gli anziani che vivono soli e non hanno figli sono circa il 9 per cento. Tra quelli che vivono soli e hanno figli, circa il 50 per cento è abituato a vedere i figli quotidianamente. L'assottigliamento delle reti familiari in atto porrà ulteriori questioni quando sarà la cosiddetta "generazione dei figli unici" (composta da persone che non hanno

fratelli/sorelle o che al massimo ne hanno uno/a) a doversi prendere carico dei componenti anziani della famiglia di origine. Un'ulteriore proiezione porta anche a interrogarsi sulla possibilità di ricevere una qualche forma di supporto da parte degli attuali caregiver, quando a loro volta essi entreranno nella terza e quarta età. È realistico prevedere che nel prossimo futuro sono destinate ad aumentare le persone che dovranno affrontare in una tendenziale solitudine lunghi periodi della propria vita e in particolare la vecchiaia avanzata, con ricadute importanti in termini organizzativi ed economici sul welfare e sul complesso di servizi assistenziali e sanitari rivolti alla terza e alla quarta età. Anche per questo è quanto mai urgente che la politica del nuovo welfare sostenga a più livelli e in più modi coloro che, tra molte difficoltà, si prendono cura dei propri familiari fragili e rifletta seriamente su come rigenerare quelle reti informali territoriali che conferivano un valore aggiunto al welfare territoriale.

### *Una nuova strategia per gestire la non autosufficienza*

Di fronte ai bisogni e alle fragilità emergenti anche l'Unione Europea si è mossa con una nuova strategia, l'European Care Strategy (avviata nel 2022), che raccomanda agli Stati membri di elaborare dei piani d'azione nazionali per migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi, cercando di alleggerire lo sforzo (finora quasi esclusivo) delle famiglie nell'attività di assistenza.

In questa direzione, un'importante novità del 2024 è stata l'approvazione, da parte del Parlamento italiano, della nuova legge sulla non autosufficienza, entrata in vigore il 19 marzo che attua la riforma sulla presa in carico degli anziani, abili e non autosufficienti. Si tratta di un provvedimento da tempo atteso, che ha raccolto un ampio consenso e che ha attuato quanto prescritto dal Piano Nazionale di Ripresa.

Punto centrale della riforma è la promozione di una nuova idea di domiciliarità che cerchi di uscire dalla logica della singola valutazione e della singola prestazione. Inoltre, vengono fissate le tappe per approdare a una prestazione universale (composta da una quota fissa monetaria e da un "assegno di assistenza") finalizzata all'acquisto di servizi. Un altro aspetto importante è il sostegno alle famiglie che si servono delle Assistenti familiari (le cosiddette "badanti", in calo e difficili da inserire in contratti stabili) puntando a una loro professionalizzazione, con un'attenzione anche alle competenze e alla condizione degli operatori socioassistenziali che si misurano con patologie particolari come l'Alzheimer. Del resto, le pur fondamentali misure monetarie monetaria come l'indennità di

accompagnamento (i cui percettori sono peraltro passati, nel periodo 2016-2023, da 1,5 a 2,2 milioni) possono offrire un effettivo sostegno solo in presenza di una maggiore organicità nell'offerta dei servizi territoriali di assistenza e cura domiciliare forniti dal sistema sanitario (l'assistenza domiciliare integrata), dagli enti locali, dalle realtà del privato sociale e della diverse figure assistenziali presenti sul territorio.

### *Nodi e prospettive della riforma della non autosufficienza*

Allo stato attuale uno dei principali nodi nell'attuazione della riforma è il cospicuo finanziamento che essa richiede per andare a regime; aspetto tutt'altro che secondario viste le ristrettezze delle leggi di bilancio. Allo stesso tempo sarà importante l'integrazione e l'armonizzazione dei nuovi dettami con gli interventi previsti dalle singole regioni. Le tendenze in atto sono destinate a mettere ulteriormente sotto pressione un "sistema di welfare" che finora si è retto soprattutto sull'assunzione delle funzioni di cura da parte delle famiglie e sulle risposte della società civile organizzata. Da tempo è noto che le richieste sul fronte dell'invecchiamento sono assorbite solo in minima parte dai servizi di assistenza istituzionalizzati e che una buona quota di esse rimane in carico alle sole famiglie dove vengono affrontate ricorrendo a lavori individuali svolti da persone interne alla rete familiare oppure da figure esterne come le assistenti familiari. La debolezza e la frammentazione dei servizi pubblici che puntano sulla domiciliarità, il perdurante fenomeno delle liste d'attesa per l'accesso alle RSA e i crescenti costi delle prestazioni hanno costretto molte famiglie ad auto-organizzarsi con l'intento di rendere "gestibili" i vari aspetti dell'assistenza domestica quotidiana. Ciò ha portato al ricorso a fornitori di assistenza (caregiver, soprattutto donne) o al reperimento sul mercato dell'assistenza privata (formale e informale) di lavoratrici esterne per buona parte straniere. Le proiezioni sui prossimi anni mostrano una progressiva riduzione dei caregiver a causa dell'assottigliamento del numero dei componenti dei nuclei familiari e del prevedibile aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro rispetto alle generazioni precedenti. L'attuazione della riforma dovrebbe favorire l'apertura di un dibattito anche sul futuro del lavoro di cura (formale o informale; retribuito o gratuito) che consideri le fatiche, lo stress e la solitudine sia degli assistiti sia di coloro che forniscono assistenza.

Nel complesso si tratta di una riforma attesa che, almeno sulla carta, se adeguatamente attuata, potrebbe avvicinare l'Italia al welfare delle principali nazioni europee. Fino ad oggi il welfare italiano ha inteso la



domiciliarità solo come delega ai singoli nuclei familiari chiamati al “fai da te” per rispondere ai bisogni di cura dei propri anziani. Si tratta ora di passare in maniera convinta a una fase di attuazione condivisa a fronte della crescita dei bisogni e delle richieste da parte degli “assistiti” e delle loro famiglie che non possono continuare ad attendere.

### *Bibliografia di riferimento*

- Burgalassi M (2012). *Politica sociale e welfare locale*. Roma: Carocci.
- Corradi V. (2024). *Il Welfare Responsabile nella città globale*. Milano: Franco Angeli.
- De Luigi R. (2022), *Legami di cura. Badanti, anziani e famiglie*. Milano: Franco Angeli.
- Giarelli G., Porcu S. (a cura di) (2019). *Long-Term Care e non-autosufficienza. Questioni teoriche, metodologiche e politico-organizzative*. Milano: Franco Angeli.
- Istat (2022). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Roma.
- Istat (2023). *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Rapporto 2022*, Roma.
- Istat (2024). *Indicatori demografici - Anno 2023*, Roma.
- Sangalli C., Trabucchi M. (a cura di) (2023). *Età anziana: tempo di diritti e responsabilità*. Bologna: Il Mulino.

Terza parte

*WELFARE  
E VALUTAZIONE RESPONSABILE*



# Valutazione e Responsabilità

di Carlo Pennisi - Università degli Studi di Catania

Tra le più importanti intuizioni di fondo del Welfare Responsabile (WR) c'è proporsi di rintracciare alcuni temi che aiutino a ripensare il welfare liberi da categorie di un mondo che non esiste più ed utili pensare sia i nuovi problemi, sia quelli lasciati o creati dal welfare trascorso. Questo proposito è racchiuso in una pratica di confronto tra operatori e studiosi rispetto ad esperienze concrete, quindi tra diversi territori e livelli di operatività, nonché tra studiosi di discipline differenti. Trattare quei temi attenti alle stereotipie, alle semplificazioni, alle routine operative attraverso una pratica risulta importante per il welfare: per sostenere un cambiamento che non può essere ristretto alla sola dimensione politica, ma costituisca un effettivo processo sociale; per il Paese: perché il welfare acquisti un contenuto non residuale rispetto alle altre dimensioni istituzionali ed economiche; per la Sociologia: per ritrovare la specificità del proprio contributo rispetto ai diversi saperi professionali coinvolti.

Non a caso, lo sfaccettato richiamo di questa pratica al centrale concetto di responsabilità definisce una particolare attenzione alla valutazione. Sin dalle prime esperienze del Fondo monetario e della Banca mondiale, la valutazione nasce con un obiettivo di *accountability* (render conto, sentirsi responsabili) e – poi – di *learning*, di riflessività del processo. Da allora la valutazione è cambiata mille volte, si è tecnicizzata e attrezzata metodologicamente. L'ingresso nell'euro ha cambiato la struttura dei bilanci pubblici e, in Italia, la si è assunta come strumento per cambiare le pubbliche amministrazioni, le politiche sociali, l'università, generalizzando (un po' *all'italiana*) le pratiche richieste dall'uso dei fondi europei. D'altra parte, dopo la crisi dei fondi sovrani, il riassetto della finanza e delle fondazioni bancarie, nonché l'affermarsi dei grandi fondi internazionali di investimento, la valutazione è stata considerata uno strumento per rassicurare gli investitori, producendo un'ulteriore spinta verso la traduzione monetaria e finanziaria degli obiettivi perseguiti dai programmi valutati (origina da questa esigenza l'idea oggi diffusa che ciò che conti di un programma o progetto sia l'impatto).

Si è formata in questo modo una galassia di pratiche più o meno tecnicizzate che, non sempre a proposito, sono ricondotte alla valutazione vera e propria: monitoraggi, rendicontazioni, assistenze tecniche, controlli di gestione, diagnosi di casi, tutti strumenti e tecniche che offrono certamente informazioni a chi vuole o deve fare valutazioni ma che, per la

maggior parte delle volte, sono costruiti autonomamente e con fini propri e specifici.

Perché, appunto, la valutazione è una attività ulteriore, rispetto a ciascuna di quelle tecniche, che coinvolge in modo specifico la responsabilità non solo di chi è coinvolto da quelle pratiche, ma soprattutto, si vorrebbe, di chi a vario titolo agisce in programmi e in progetti oggetto di valutazione. In questo nodo di responsabilità, e di variabili imputazioni di responsabilità, ci si può orientare soltanto dipanando i processi e le pratiche la cui percezione e conoscenza sono “comprese” sotto il termine valutazione.

Il passaggio chiave consiste nel provare a rintracciare, in questi processi, le scelte e le decisioni di fatto assunte, nonché le informazioni fatte valere allo scopo: può essere valutato solo quanto può essere ritenuto oggetto di decisione. Ma questa operazione deve tener conto dei diversi livelli in cui può operare una valutazione, ciascuno presentato appunto dai contributi di questa sezione. Le scelte e le decisioni che danno corpo ad un Programma Nazionale con fondi europei sono diverse (più legate a scelte politiche, sebbene non ancora definite in progetti ed azioni, più condizionate dalla necessità di confronti internazionali) da quelle che riguardano i Progetti a cui dà luogo un Programma (condizionate dal programma, legate a partnership più o meno consolidate, vincolate ad obiettivi specifici e definibili rispetto al contesto di intervento e ai destinatari), o da quelle che derivano da investimenti delle Fondazioni private (vincolate ad obiettivi relativamente circoscritti territorialmente e rispetto ai destinatari, condizionate da partnership di solito consolidate).

Scelte, decisioni e informazioni connesse, e decisive per definire possibili “oggetti” di valutazione, cambiano in questi tre livelli perché cambia la committenza e quindi la domanda valutativa. Di conseguenza, può variare l’obiettivo stesso della valutazione (perché e per chi stiamo valutando?). Nella pratica non è difficile, inoltre, il caso in cui la stessa domanda valutativa percorra solo formalmente ciascuno dei livelli, trasformandosi di fatto nel contenuto e negli effetti ricercati.

I contributi presentati in questa sezione vogliono mostrare queste differenze nella pratica valutativa, per far emergere quanto e come sia centrale per essa il tema della Responsabilità, nel modo proposto dal WR, proprio a partire dall’approccio della *filiera* delle responsabilità.

Due le coordinate da far valere in questo confronto. In primo luogo, il *riferimento alle persone* che rimette in discussione, intanto, le classificazioni stereotipate relative ai destinatari ed alle modalità della loro targhettizzazione. È una linea di confronto per affrontare, tra le altre cose, le condizionalità dei programmi, la discronia che essi finiscono per avere

rispetto all'evoluzione dei problemi per i quali sono pensati, i nessi mezzi-fini adoperati. In secondo luogo, *l'attivazione capacitante*, richiedendo di concepire le responsabilità in modo da evidenziare i ruoli, i tipi di legami, le risorse e i vincoli, in cui si muovono persone e organizzazioni, diviene un criterio per individuare operativamente la sostenibilità dei risultati ottenuti.

Se prese sul serio, queste due coordinate consentono di entrare in modo controllato in quei processi che vengono confusamente coperti, anche nelle pratiche valutative, dal termine *governance*, perché aiutano a ricondurre ciò che è stato fatto agli snodi necessari ad imputare ad attori scelte, decisioni e informazioni, fatte valere o omesse, in relazione al ruolo svolto nel processo i processi oggetto di valutazione. Esse aiutano a re-identificare, rispetto a programmi e progetti, i livelli territoriali e le aree intermedie (vaste, ambiti, distretti, regioni e province) che permettono o impediscono ad una serie di azioni progettate l'esercizio sussidiario della responsabilità e i termini di una prossimità alle persone riferita, e quindi l'attivazione di una individuata filiera. Passaggi che aiutano a sfuggire sia a concezioni assistenziali degli interventi e delle azioni, sia alla loro cattura da parte di meccanismi di *path-dependency*.

Dai punti di vista assunti dal WR non è dunque possibile isolare le pratiche valutative, il ruolo e le responsabilità, questa volta da loro assunte, dall'oggetto a cui esse si dedicano e dalle responsabilità definite da azioni, progetti e programmi. In questa sostanziale condivisione risiede forse il contributo più incisivo che il WR può dare alle pratiche valutative.



# **La valutazione dell'impatto sociale.**

## **Sfide, metriche, esperienze nel Terzo settore italiano**

di *Folco Cimagalli, Umberto Di Maggio, Cristiana Di Pietro, Giuseppe Notarstefano* - LUMSA

### *Premessa*

Il tema della valutazione dell'impatto attraversa da molto tempo lo scenario delle organizzazioni non profit, soprattutto in un contesto sociale caratterizzato da una complessità sempre crescente, dalla scarsità delle risorse finanziarie e dall'attenzione sull'efficacia rispetto ai bisogni, multidimensionali e differenziati (Palumbo 2001, Cimagalli 2003, Cesareo 2017).

A partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, variamente considerata in termini di prospettive teoriche, obiettivi e declinazioni operative, la valutazione è progressivamente entrata nella cultura organizzativa di un settore sempre più professionalizzato e organicamente inserito nel quadro delle politiche sociali. Dai primi anni Duemila, poi, l'attenzione si è soffermata sulla misurazione dell'impatto di politiche, programmi e progetti. Il tema, com'è noto, ha innescato una riflessione profonda non solo sui modi con cui tale azione poteva essere declinata, rispetto alla misurazione degli effetti degli interventi sociali, ma anche su come tale pratica avrebbe potuto contribuire a mutare il modo d'essere ed operare delle organizzazioni (Vergani 2005).

Il Terzo settore italiano ha prontamente riconosciuto questa nuova area di interesse come un'opportunità strategica tanto che la Riforma attuata con Decreto Legislativo 117/2017 individua la valutazione come uno strumento cruciale sia per promuovere l'apprendimento organizzativo e il miglioramento delle *performance*, sia per fornire una dimostrazione tangibile dell'impatto sociale generato dalle azioni intraprese (Perrini e Vurro, 2021).

### *Tradizionali e partecipative: le metriche di analisi dell'impatto sociale*

Le tecniche sviluppate per la valutazione dell'impatto sociale sono numerose (Depedri, 2020). Alcune di queste si ispirano agli approcci della rendicontazione integrata d'impresa, mentre altre fanno riferimento alle



metodologie di progettazione e analisi delle politiche pubbliche, ponendo particolare attenzione al carattere partecipativo alla valutazione (Di Maggio, Notarstefano, 2020; 2024). Nel primo tipo di metodologie, vi sono la *Cost-Benefit Analysis* (CBA), particolarmente utile per valutare la convenienza degli investimenti in un progetto, considerando il rapporto tra i benefici generati e i costi sostenuti (Layard, Glaister, 1994), e la *Social Return on Investment* (SROI) (Nicholls, 2004), impiegata nei processi decisionali per misurare il valore extra-finanziario prodotto rispetto alle risorse investite. La rilevanza e l'influenza dei vari *stakeholder* e la loro capacità di orientare le strategie di responsabilità sociale dell'organizzazione sono elementi centrali anche nell'Analisi della Materialità (Beske et al., 2020) e nella *Counterfactual Analysis* (CA) che confronta i risultati ottenuti con quelli che si sarebbero verificati in assenza dell'intervento (Mahoney, Barrenechea, 2019).

Nel secondo tipo si collocano i metodi propriamente partecipativi, inquadrati nella teoria della democrazia deliberativa (Elster, 1998), che mirano a promuovere una cultura civica fondata sulla consapevolezza e sulla responsabilizzazione collettiva riguardo alle priorità pubbliche e alle azioni di interesse comune. I processi decisionali partecipativi si fondano su alcuni elementi essenziali: la volontarietà della partecipazione, ossia, il coinvolgimento non coercitivo di attori locali, facilitatori e membri esterni; la rilevanza e la comprensibilità del problema affrontato, con un'informazione trasparente e accurata; un approccio non conflittuale, capace di gestire e risolvere le tensioni tramite mediazione; regole chiare e condivise; e una comunicazione aperta e completa sugli esiti del processo. Tali processi, sebbene siano particolarmente articolati e impegnativi dal punto di vista organizzativo, si diffondono sempre più frequentemente attraverso una varietà di metodologie, come il *Participatory Impact Assessment*, i *Citizen Panel*, le *Charette*, il *Deliberative Opinion Poll*, i *Wisdom Council*, i *Town Meeting* del 21° secolo, l'*Appreciative Inquiry*, le *Consensus Conference*, e il *Planning for Real*.

### *Il Terzo settore italiano alla prova della valutazione d'impatto. Il caso di Azione Cattolica*

L'Azione Cattolica Italiana è la più antica e grande associazione ecclesiale nazionale, presente in tutte le diocesi italiane, con pochissime eccezioni. Opera attraverso oltre 14.000 gruppi, animati da più di 38.000 educatori, che offrono alla vita associativa oltre 5 milioni di ore annue per attività formative, pastorali e di animazione culturale e sociale. Tali numeri

si ricavano dal Bilancio di Sostenibilità<sup>1</sup>, uno strumento di rendicontazione sociale adottato dall'associazione e giunto alla sesta edizione. L'adozione dello strumento valutativo esprime la scelta dell'associazione di dotarsi di un metodo che promuove, da un lato, una maggiore sinodalità e, dall'altro, una cultura della cura e della valutazione, fondate sulla tradizione del discernimento cristiano e della lettura dei segni dei tempi, che fanno riferimento ad una pratica ermeneutica, promossa dalla teologia che auspica un dialogo con le scienze umane e sociali.

La valutazione responsabile, intesa come pratica dialogica e riflessiva, è stata integrata a ogni livello delle pratiche organizzative e gestionali di Azione Cattolica, attraverso un metodo che ha promosso la partecipazione democratica e partecipativa di soci, educatori, responsabili e assistenti ecclesiastici. Più precisamente, la scelta dello strumento di valutazione d'impatto è andata nella direzione di rileggere e ripensare la vita associativa secondo i criteri della sostenibilità che coniuga al futuro l'impegno formativo e l'attività di animazione, culturale e sociale, a partire dalle domande profonde, dai desideri e dalle istanze concrete delle persone e dalla loro interpretazione dei contesti sociali, culturali e ambientali, nella prospettiva dell'evangelizzazione che è chiaramente il vettore principale della vita associativa.

## *Conclusioni*

Il caso del bilancio di sostenibilità di Azione Cattolica conferma come la valutazione di impatto sociale sia un esercizio fondamentale che contribuisce a ridefinire l'identità stessa delle organizzazioni, in un quadro più ampio di responsabilità sociale e trasparenza. Così intesa, la valutazione non rappresenta più un mero strumento di misurazione o di documentazione, ma diviene la cifra di un cambiamento culturale profondo che stanno attraversando le organizzazioni non profit più mature (Zamagni, Venturi e Rago 2018). Valutare l'impatto diviene un "agire dotato di senso" proprio perché ci si pone in collegamento sinergico con *stakeholder* e comunità che non sono soltanto fruitori del processo, ma protagonisti attivi dell'intera filiera riflessiva. Non si tratta, dunque, di un atto di comunicazione più o meno unidirezionale, ma l'enfatizzazione, plastica ed empiricamente fondata, del fatto che gli attori sollecitati sono parte di un processo di responsabilità condivisa.

---

<sup>1</sup> Si consulti [https://azionecattolica.it/wpcontent/uploads/2024/04/011\\_WEB\\_-bassa\\_AC\\_BS\\_2024.pdf](https://azionecattolica.it/wpcontent/uploads/2024/04/011_WEB_-bassa_AC_BS_2024.pdf)

## *Bibliografia di riferimento*

- Cesareo V., Pavese N. (a cura di) (2017). *Il welfare responsabile alla prova. Una proposta per la società italiana*. Milano: Vita e Pensiero.
- Cimagalli F. (2003). *Valutazione e ricerca sociale. Orientamenti di base per gli operatori sociali*. Milano: Franco Angeli.
- Depedri S. (2020). *La valutazione dell'impatto sociale? Farla divenire uno strumento utile*. In *Rivista Impresa Sociale*, 4.
- Di Maggio U., Notarstefano G. (2020). *La valutazione dell'impatto sociale*. In A. La Spina (Ed.), *Politiche pubbliche. Analisi e valutazione* (pp. 331-352). Bologna: Il Mulino.
- Di Maggio U., Notarstefano G. (2024). *Valutare l'impatto sociale*. Faenza: Homeless.
- Elster, J. (Ed.) (1998). *Deliberative Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Layard R., Glaister S. (Eds.) (1994). *Cost-benefit analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mahoney J., Barrenechea R. (2019). *The logic of counterfactual analysis in case-study explanation*. In *The British Journal of Sociology*, 70(1), 306-338.
- Nicholls J. (2004). *Social return on investment: Valuing what matters*. London: New Economics Foundation.
- Vergani A. (2005). *Valutazione e sociologia: qualche nota introduttiva*. In *Studi di Sociologia*, 43/3, pp. 211-236.
- Zamagni S., Venturi P., Rago S. (2018). *Valutare l'impatto sociale. La questione della misurazione nelle imprese sociali*, in *Impresa Sociale*, 11.

# Valutazione della politica di coesione e responsabilità istituzionale

di *Cinzia Lombardo*, PTSCLAS

La valutazione delle policy ha assunto un ruolo cruciale in particolare nel contesto anglosassone e in quello nordeuropeo. La natura stessa della valutazione suggerisce un legame forte con la responsabilità istituzionale, per cui sembra interessante osservare come questo rapporto si concretizzi nella pratica. In questo breve articolo si propongono alcune riflessioni basate sull'esperienza diretta di valutazione dei programmi dell'Unione Europea (UE) in Italia.

La valutazione, in quanto analisi sistematica volta a formulare giudizi sull'attuazione delle policy, dovrebbe consentire ai policy maker di rendere conto dell'utilizzo dei fondi pubblici ai diversi soggetti portatori di interesse (ad esempio finanziatori, parti sociali e cittadini). Favorendo l'accountability dell'azione pubblica la valutazione garantisce, in teoria, che questa venga esercitata con responsabilità, contribuendo a costruire un legame di fiducia tra società e istituzioni. In aggiunta la valutazione, identificando di volta in volta cosa (non) ha funzionato, dovrebbe facilitare iterativi processi di apprendimento, fondamentali per rafforzare la responsabilità istituzionale: quando le istituzioni imparano dalle loro esperienze, possono (ri) programmare politiche e pratiche in modo da rispondere meglio alle esigenze collettive. Accountability e apprendimento sono, dunque, due funzioni primarie della valutazione, che la rendono strettamente connessa alla responsabilità istituzionale<sup>1</sup>. Nella pratica valutativa del nostro Paese, tuttavia, il legame tra valutazione e responsabilità sembra faticare a concretizzarsi. Questa fatica emerge chiaramente dal caso della valutazione delle politiche di coesione.

La politica di coesione dell'UE<sup>2</sup> è la principale politica di investimento dell'Unione e contribuisce al conseguimento di molti obiettivi (occupazione, competitività, sviluppo sostenibile, miglioramento della qualità della vita) e a cui è destinato quasi un terzo del bilancio dell'UE<sup>3</sup>. Per raggiungere questi obiettivi e garantire che le strategie siano adatte

---

<sup>1</sup> Sebbene sia vivo il dibattito sulla possibilità di convivenza delle due funzioni e sulla preminenza di una sull'altra, in ogni posizione espressa si intuisce il richiamo alla responsabilità istituzionale, come postura a cui la valutazione può e deve contribuire.

<sup>2</sup> [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/policy/what](https://ec.europa.eu/regional_policy/policy/what).

<sup>3</sup> 392 miliardi di euro per il 2021-2027.

alle specifiche esigenze locali, la politica di coesione è attuata attraverso Programmi Nazionali (PN) e Programmi Regionali (PR)<sup>4</sup>. Da Regolamento, tutti i Programmi devono essere valutati<sup>5</sup> e il Regolamento richiama implicitamente sia la finalità di apprendimento, prescrivendo che le valutazioni siano condotte “al fine di migliorare la qualità della progettazione e dell’attuazione dei programmi” sia la funzione di accountability, richiedendo che tutte le valutazioni siano “pubblicate su un sito web” sul quale siano disponibili anche tutte le altre informazioni sui programmi. Tuttavia, l’osservazione diretta di molte valutazioni di programmi UE conferma quanto riportano gli studiosi sulla valutazione delle politiche in generale, ossia il persistere di una logica burocratica. In primo luogo, nell’ottica di molti titolari dei Programmi, la sola presenza di un Rapporto di valutazione sembra già un punto d’arrivo notevole, frutto di uno sforzo aggiuntivo rispetto alle sfide poste dall’implementazione, e in grado di esaurire in sé la responsabilità relativa alla valutazione delle policy. Questo approccio induce a concepire la valutazione come “altro” dall’implementazione del programma di investimento e, come tale, a tenerla lontana dalle questioni più controverse, dai nodi critici che sarebbero invece fonte di apprendimento. L’approccio dominante è generato da molteplici fattori, tra cui la derivazione normativa della pratica valutativa in Italia, risalente ai primi Regolamenti UE sulla politica di coesione. Nonostante i progressi compiuti, ancora molte Amministrazioni stentano a emanciparsi da questa genesi. I fattori ostacolanti sono diversi, a partire dalla scarsa presenza, all’interno delle strutture di gestione dei Programmi, di competenze di analisi delle politiche pubbliche fino al linguaggio tecnico e burocratico di molte valutazioni.

Questa logica burocratica non pregiudica solo la funzione di apprendimento, ma anche la funzione di accountability nel senso pieno del termine, ossia come veicolo per la responsabilità istituzionale. Infatti, anche la comunicazione dei risultati della valutazione della politica di coesione è spesso effettuata come un adempimento, in quanto generalmente realizzata:

- nei confronti della Commissione e del partenariato, attraverso brevi presentazioni nelle sedute del Comitato di Sorveglianza (CdS)<sup>6</sup>;

---

<sup>4</sup> Finanziati da diversi fondi: Il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), il Fondo di coesione (FC), il Fondo sociale europeo Plus (FSE+), Il Fondo per una transizione giusta (JTF) a sostegno delle regioni più colpite dalla transizione verso la neutralità climatica.

<sup>5</sup> Reg (UE) N. 1060/2021 recante disposizioni comuni sui fondi dell’Unione europea (2021-2027).

<sup>6</sup> Organismo che riunisce i soggetti coinvolti nell’attuazione del Programma e i rappresentanti del partenariato.

- nei confronti dei cittadini, attraverso la pubblicazione dei rapporti di valutazione, generalmente senza materiale di sintesi, sui siti web.

Evidentemente si tratta di azioni insufficienti a stimolare un dibattito. Considerati i numerosi fattori che ostacolano la capacità della valutazione di alimentare la responsabilità istituzionale, sono molteplici le direzioni di miglioramento suggerite dagli addetti ai lavori, che vanno dalla diffusione della cultura valutativa al rafforzamento della base normativa della valutazione. Si tratta di sfide ambiziose e a lungo termine, in parte affrontate a livello nazionale dal Nucleo di valutazione e analisi per la programmazione del Dipartimento per le politiche di coesione e dalle associazioni impegnate sul cambiamento culturale sulla valutazione<sup>7</sup>.

Piccole iniziative, però, potrebbero essere intraprese subito, per produrre cambiamenti incrementali, sulla scia di alcune Amministrazioni che stanno sperimentando nuove pratiche valutative. Ad esempio, le sessioni dei CdS potrebbero essere sfruttate maggiormente per promuovere un confronto sui risultati delle valutazioni in modo integrato alla discussione sull'avanzamento del Programma e sulle criticità incontrate. L'ordine del giorno delle sedute potrebbe essere innovato, prevedendo il contributo del valutatore in modo trasversale ai diversi punti. Questo potrebbe innescare circoli virtuosi, spingendo le Amministrazioni e i valutatori a lavorare in modo maggiormente sinergico, in vista delle sedute. Con riferimento alla diffusione dei risultati della valutazione, questi potrebbero rientrare tra i contenuti da divulgare attraverso il Piano di comunicazione dei Programmi, che oggi raramente prevedono, ad esempio, la divulgazione delle analisi di impatto. La relazione tra valutazione e comunicazione permetterebbe anche di superare l'ostacolo rappresentato dal tecnicismo di molte relazioni di valutazione. Infine, in merito alle competenze interne alle Amministrazioni, un punto di partenza potrebbe essere la formazione di funzionari e dirigenti su un aspetto circoscritto, la stesura dei capitolati di gara per l'affidamento dei servizi di valutazione, sulla scia di iniziative sperimentate dalla Rete dei Nuclei di valutazione regionali. Affrontare la formazione a partire da procedure obbligatorie, quali le procedure di affidamento dei servizi pubblici, consentirebbe forse di suscitare l'interesse delle Amministrazioni prima su *come commissionare* la valutazione e, dunque, su *come ottenere il massimo valore* dai servizi di valutazione.

---

<sup>7</sup> Tra tutte l'Associazione Italiana di Valutazione e Social Value Italia.



# Spunti di semiologia sociale per una valutazione scolastica responsabile

di *Martino Doni* - Università Vita e Salute-San Raffaele

Sempre più spesso, nella quotidianità della vita scolastica, in particolare nella scuola secondaria di secondo grado, la valutazione è vissuta dallo studente come una cifra astratta rispetto al processo di apprendimento: nel momento in cui il docente consegna le verifiche corrette, si tende a trascurare tanto i criteri di correzione, quanto il percorso svolto nella lettura e nell'interpretazione della prova, puntando direttamente, se non addirittura esclusivamente, al voto complessivo, al numero che sintetizza tutto. Ciò vale, tra l'altro, sia per gli alunni, che comprensibilmente vivono la valutazione come una sorta di gioco a somma zero, con i ben noti precipitati ansiogeni che tale gioco comporta, sia per i docenti, che sono chiamati a inserire in tabelle riassuntive numeriche (il registro, la pagella) un valore assoluto che traduca un percorso fatto di relazioni, cioè inevitabilmente relativo. Una simile valutazione rischia di perdere di vista la dimensione dialogica e sociale dell'apprendimento, che non è affatto una quota aggiuntiva di "umanità" o di "liberalità" nel metodo didattico, ma è parte integrante ed essenziale dei processi sociali di comunicazione e relazione, come si evince dalla semiotica.

Il triangolo semiotico, secondo la celebre formulazione di Charles Sanders Peirce, introduce una terza dimensione al rimando segnico tradizionale della linguistica di matrice saussuriana: per definire il segno, infatti, non è più sufficiente il rimando di un'espressione sensibile (significante) a un contenuto semantico (significato); occorre che tale rimando sia valido per una comunità di interpretanti, che ne assumano l'uso sociale (*representamen* o referente). Ogni segno, in estrema sintesi, presuppone un gruppo sociale vivo e operante. Per esempio, il segno "sedia" è dato dal suono significante "s.e.d.i.a", da ciò a cui questo suono si riferisce (significato) e dall'uso che si fa di questo oggetto (l'atto del sedersi). Per avere una sedia, quindi, occorre che ci sia una società che non soltanto sappia che cosa significhi "sedia", ma che usi tale oggetto per sedersi. Se è vero, dunque, che è sufficiente un breve studio del vocabolario tedesco per sostituire il significante "s.e.d.i.a." con "s.e.s.s.e.l.", non è sufficiente il rimando di un suono a un significato per completare la tridimensionalità del segno: se parlo di sedie a un membro di una tribù degli Aka, nel cuore della foresta congolese, costui potrà sì



imparare il rimando di un termine a un contenuto oggettivo, ma non avrà inteso l'uso dell'oggetto medesimo.

Un discorso analogo si può sviluppare per quanto riguarda la valutazione scolastica: l'apprendimento effettivo non si limita all'acquisizione meccanica di un contenuto, ma va indirizzato anche e soprattutto al "che farsene" di tale contenuto. Per esempio, in una lezione di diritto, limitarsi alla definizione giuridica dello Statuto dei Lavoratori sulla base dell'associazione con la Legge 20/1970, significa ridurre l'esperienza dell'apprendimento a una linearità bidimensionale, e comporta altresì una valutazione puramente nozionistica. Considerare invece il contratto del lavoratore, imparare a leggerlo, a interpretarne i vincoli, a compararlo con altre condizioni precedenti e seguenti l'istituzione giuridica, significa accompagnare lo studente o l'allievo nella costruzione di un significato culturale molto più denso, la cui valutazione non si riduce a un punteggio discreto, ma diviene parte integrante di quella stessa costruzione.

Valutare responsabilmente, va ribadito, non significa valutare in modo poco rigoroso, ma significa valutare in modo sensato. L'alternativa, a cui purtroppo tende una certa deriva didattica, è far coincidere alla valutazione l'assegnazione di un punteggio. Il fatto che la frequenza a ore di lezione, lo studio in autonomia o guidato, l'approfondimento, l'esercizio, la ripetizione ecc. siano valutati "8", mette in secondo piano il percorso e anzi lo mortifica, nella misura in cui riduce a un meccanico rinforzo un complesso di operazioni che mirano non tanto al raggiungimento di una posizione rilevante, quanto all'integrazione in un gruppo sociale. Valutare responsabilmente significa pertanto assumere il senso della socializzazione secondaria di cui la scuola è ancora la più importante agenzia.

# Valutare per apprendere: il caso di “Giocare per diritto”

di *Ornella Occhipinti* - Università degli Studi di Catania

Quale valutazione di impatto e quale ruolo per la valutazione di impatto in progetti di welfare territoriale? A partire da questa domanda si avvia una riflessione tramite la presentazione della prima fase di una valutazione di impatto.

## *L'evaluando*

“Giocare per diritto” è un progetto finanziato da Impresa sociale con i Bambini, con il bando “Un passo avanti”, dal 2021 al 2024, in sette province siciliane. Si propone di contrastare la povertà educativa minore attraverso un intervento sistemico che accresca e innovi i servizi rivolti a minori (tra 6 e 17 anni) con un genitore in stato di detenzione, operando anche all'interno delle case circondariali. La povertà educativa è affrontata in termini di marginalizzazione ed esclusione sociale derivante dalla detenzione di un genitore. Il progetto propone una serie di azioni che si possono articolare in quattro oggetti di intervento:

1. Lo spazio: riqualificazione e riappropriazione degli spazi comuni.
2. Il genitore/detenuto: azioni di sostegno alla genitorialità
3. La comunità educante: azioni di capacity building, empowerment e formazione per costruire o rafforzare le collaborazioni.
4. Il minore: sviluppo e rafforzamento di competenze cognitive e non cognitive per allontanare le cause di esclusione e disagio sociale e psicologico.

## *Il disegno valutativo*

Il progetto è considerato e trattato come un sistema sociale che si inserisce e interagisce con altri sistemi. Questa relazione conduce a meccanismi di attivazione e di risposta inediti e imprevedibili nella fase di progettazione dell'intervento, dai quali dipenderanno le ricadute e gli effetti che il progetto apporterà al contesto entro cui si colloca. In termini valutativi, “Giocare per diritto” presenta le caratteristiche di un programma complesso (Stern, 2016; Rogers, 2008; Koleros, Mayne 2019) che agisce su una pluralità di cause che interagiscono e si intrecciano con quelle

preesistenti. Sulla base di tali considerazioni, si è scelta una logica valutativa che interpreta il progetto come un insieme di cause contribuenti, di cui si intende fornire una spiegazione del come e perché hanno condotto al cambiamento nei soggetti e nei contesti interessati dall'intervento. A partire dall'assunto realista secondo cui ogni intervento opera tramite un "processo di tessitura" (Pawson, Tilley, 2007, p. 376) tra l'azione individuale e il sistema di vincoli e opportunità rappresentato dal contesto, già nella prima fase della valutazione si è guardato all'intreccio tra queste due componenti. Dunque, il disegno valutativo si costituisce di approcci in grado di tener conto dell'interdipendenza tra le componenti dell'intervento, della concorrenza di cause e utili ad approfondire l'actor agency dei partecipanti. Il disegno, entro una prospettiva basata sullo Studio di caso (Yin, 2005), combina i seguenti approcci valutativi:

- *Theory Based Evaluation* (Weiss, 1997) per ricostruire la teoria del programma sottesa alla mission del progetto e la teoria dell'implementazione messa in atto nelle varie fasi di attuazione;
- *Realistic Evaluation* (Pawson e Tilley, 2007) per individuare i meccanismi di causalità generativa che contribuiscono a produrre determinati effetti e impatti;
- *Developmental Evaluation* (Patton, 2011) per ricostruire, tramite il punto di vista degli stakeholder, i meccanismi che conducono a casi di successo.

La ricerca sul campo in questa fase ha indagato: i livelli di marginalizzazione dei figli dei detenuti; i livelli e i processi di empowerment a sostegno della genitorialità; lo sviluppo della comunità educante. Le attività valutative si sono concentrate su tre aree provinciali, scelte rispetto allo stato di avanzamento implementativo, al momento delle rilevazioni. Per facilitare l'accesso al contesto e avviare un dialogo proficuo con gli attori in campo, sono stati realizzati dei focus group per avviare un primo contatto con i partner del progetto e con gli operatori. I tre focus, uno con ogni Cabina di Regia delle tre aree analizzate, hanno indicato le seguenti dimensioni: i contesti di attuazione, le caratteristiche dei beneficiari, le criticità riscontrate nell'implementazione del progetto, l'emergere di esempi positivi e le traiettorie di cambiamento osservate. La pluralità di profili professionali coinvolti ha reso la rilevazione ricca e plurale per punti di vista, prospettive e posizioni emerse.

### *Prime evidenze emerse*

In questa prima fase, si è cercato innanzitutto di individuare i contesti e di ricostruire le configurazioni contestuali attraverso quanto emerso dai

focus group. In tal senso, le Case Circondariali si affermano, in ognuno dei tre casi analizzati, come un contesto peculiare contraddistinto da dinamiche peculiari. I diversi tipi di istituti penitenziari, non a caso, sono stati spesso definiti come "isole" o "mondi a sé" dagli attori in campo. In generale il contesto sociale entro cui il progetto si inserisce, è caratterizzato da condizioni di fragilità e povertà non solo economica, quanto educativa, culturale e sociale. Le famiglie dei minori beneficiari sono famiglie a rischio di marginalità per mancanza di risorse materiali e immateriali, che provengono spesso da aree periferiche o quartieri marginali rispetto alle aree urbane centrali.

### *Osservazioni conclusive*

L'esperienza valutativa presentata intende sostenere l'idea per la quale la valutazione di impatto, nell'ambito di interventi sociali di livello territoriale, possa assumere un ruolo fondamentale e imprescindibile. Progetti come "Giocare per diritto" si realizzano con lo scopo di innescare un cambiamento positivo per la comunità e la società, attraverso l'avvio di circoli virtuosi costruiti su processi innovativi. A fronte di frequenti utilizzi prestazionali della VI, si sottolinea, invece, il ruolo di apprendimento e di costruzione di sapere utile che può realizzarsi attraverso un cambio di prospettiva che la renda una fase irrinunciabile per approfondire cosa, come e perché ha prodotto cambiamento. Quali contesti, interazioni, collaborazioni si sono sviluppati, modificati o accresciuti. Tale cambio di prospettiva si accompagna alla scelta di approcci valutativi come la Theory of Change, la Theory Based Evaluation e la Developmental Evaluation, approcci partecipativi e l'utilizzo di metodi misti.

### *Bibliografia di riferimento*

- Patton M. Q. (2011). *Developmental Evaluation*. New York: G. Press.
- Pawson R., Tilley N. (1997). *Realistic evaluation*, London: Sage.
- Pawson R., Tilley N. (2007). *Una introduzione alla valutazione realistica scientifica*. In Stame N. (a cura di) *Classici della valutazione*, Milano: Franco Angeli.
- Stern, E. (2016). *La valutazione di impatto. Una guida per committenti e manager preparata per Bond*, Milano: Franco Angeli.
- Weiss, Carol H. (1997). "Theory-based evaluation: past, present, and future", in *New directions for evaluation* 76: 41-55.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). London: Sage.