

tribuzione sociale dell'abitudine al fumo, a sfavore dei più poveri e dei meno istruiti (soprattutto tra gli uomini), è sostanzialmente insensibile alle politiche fin qui adottate. Gli stati di privazione sono un ostacolo a smettere di fumare. Nei gruppi sociali più svantaggiati del Regno Unito, si stima che circa un quinto dei fondi di assistenza che vengono loro concessi tornino allo Stato sotto forma di tasse per il tabacco. Le politiche di contrasto sul prezzo sono controproducenti; infatti l'elasticità del consumo al prezzo è 0% tra le classi povere e 1% tra quelle ricche e, pertanto, gli aumenti di prezzo penalizzano i poveri. L'educazione sanitaria trova interlocutori sensibili solo tra le persone più istruite. Di per sé questo maggior beneficio delle persone più avvantaggiate è positivo per il bilancio di salute medio della collettività. Tuttavia se non si affianca all'educazione la libera disponibilità di trattamenti per la dipendenza da nicotina e l'aiuto con specifici supporti, il tutto in un contesto di rimozione o contenimento dei determinanti più strutturali della povertà della persona, è ben difficile che la promozione della salute sul fumo raggiunga anche queste classi.

Anche la storia dell'epidemia dell'AIDS fornisce, da questo punto di vista, elementi di riflessione emblematici. L'epidemia è, in Italia, partita dalla popolazione *core* dei tossicodipendenti iniettori di eroina, un gruppo demograficamente "piccolo" (non più di 250.000 persone prevalenti in Italia), ma con elevata incidenza di comportamenti ad alto rischio di trasmissione dell'infezione HIV, che in breve tempo ha portato ad una elevata prevalenza di infezione. La diffusione dell'epidemia alla popolazione generale, attraverso i rapporti sessuali è determinata dalle interazioni tra la *core population* dei tossicodipendenti e la popolazione generale. Gli interventi efficaci di prevenzione dell'epidemia HIV nella popolazione generale, si sono quindi concentrati soprattutto in programmi di riduzione del danno nella popolazione dei tossicodipendenti. È un chiaro esempio di come interventi mirati a proteggere la salute dei *deboli* possano essere efficaci nella tutela della salute di tutta la popolazione, di come quindi, una distribuzione diseguale delle risorse, concentrata su gruppi di popolazione a più elevato rischio di malattia, possa generare equità nel sistema sociale.

**La storia
dell'AIDS
fa riflettere**

Politiche di lotta alla povertà

Nel caso delle politiche di lotta alla povertà, la situazione è speculare: pochissime politiche di contenimento delle disuguaglianze sono orientate esplicitamente alla salute. Tutti i cinque paesi passati in rassegna

(Mackenbach, 1999), tra gli anni ottanta e gli anni novanta, erano stati interessati da un allargamento delle diseguaglianze sociali nel reddito, nella disoccupazione, nella povertà e tutti avevano intrapreso politiche di redistribuzione del reddito o politiche di sostegno del reddito, centrate particolarmente su gruppi ad alto rischio, come le famiglie con bambini, i giovani, gli immigrati, gli anziani. Solo il Regno Unito aveva intrapreso programmi esplicitamente orientati alla salute.

**Il-rapporto
Acheson**

Tra le politiche generali intraprese vanno ricordati tre tipi di azioni. Il primo riguarda politiche strutturali, sia rivolte alla creazione di opportunità di reddito attraverso un lavoro, sia di sostegno al reddito minimo. Il secondo riguarda investimenti in aree locali ad alto rischio, alle quali vengono concesse risorse, tempo e autonomia per sviluppare progetti di lavoro, educazione, sanità e coesione sociale. Il terzo riguarda progetti nazionali di lotta all'esclusione (dai consumi, dal lavoro, dall'educazione, dalla vita sociale), concentrati in gruppi ad alto rischio come le adolescenti con gravidanze, o i giovani 16-18enni senza lavoro e senza scuola. A queste politiche, il rapporto Acheson aggiunge una lunga lista di raccomandazioni di azioni rivolte esplicitamente a contrastare le diseguaglianze nella salute, formulate in base all'evidenza scientifica e al parere di esperti e sostenibili secondo i vincoli finanziari di sistema (Department of Health, 1998). Il documento Acheson spazia dalle politiche sul reddito a quelle sull'educazione, sul lavoro, sulla casa, sulla mobilità, sui trasporti, sull'ambiente, sulla nutrizione, sulle famiglie, sui giovani, sugli anziani, sugli stranieri e sul servizio sanitario. Il caso inglese va seguito da vicino perché è l'unico per il quale siano in corso valutazioni sui risultati delle politiche non sanitarie. Del resto è molto difficile fare valutazioni di efficacia in questi casi, dove per ragioni di rilevanza, specificità, confondimento, misurabilità, etica, è impossibile impostare degli studi di intervento e sono praticabili solo studi indiretti che, per proprietà transitiva, propagano l'efficacia di una politica all'effetto sulla salute della riduzione di un determinante che essa ha dimostrato di sapere contrastare.

In attesa di queste valutazioni, si può anticipare che alcuni problemi rimangono critici nella scelta di queste politiche non sanitarie. Intanto ci si chiede ancora se sia necessario investire di più sulla lotta alle radici delle diseguaglianze o sulla riduzione degli svantaggi: il dilemma tra impostazione liberista e impostazione riformista nelle questioni sociali, non trova ancora risposta nella valutazione epidemiologica delle politiche.

Un altro angolo oscuro riguarda la scala in cui le politiche mostrano maggiore efficacia: quella sulle aree geografiche o quella sulle persone? Le politiche centrate sulle aree hanno in partenza una maggiore capacità di suscitare mobilitazione di tutti gli attori sociali coinvolti, mentre quelle

centrate sulle persone rimangono più anonime e meno capaci di costruire reti di sostegno efficaci sul lungo periodo. Del resto, le politiche centrate sulle aree rischiano di provocare effetti inattesi di *displacement* su aree vicine che perpetuerebbero i problemi.

Bisogna anche riconoscere che in Italia la *policy analysis* è ai primordi, ancor più in campo sanitario, dove una delle poche testimonianze è proprio di questi giorni, con la sperimentazione dell'introduzione del sanito-metro. Il tema delle disuguaglianze nella salute sarebbe una stimolante occasione per fondere attività di valutazione di politiche che coinvolgono il mondo sanitario e quello sociale ed economico.

Qualche conclusione

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha posto le basi per segnare le politiche sanitarie in senso più egualitario verso gli obiettivi di salute. Su queste basi si deve lavorare costruendo e diffondendo informazione scientifica sulle differenze sociali nella salute e nella sanità, promuovendo ricerca sulle cause, vincolando le intese di programma regionale e aziendale ad azioni concrete per contrastarle, e creando reti locali di attori sociali, professionali e istituzionali interessati al coordinamento delle politiche settoriali di lotta alla povertà e di moderazione delle sue conseguenze sulla salute. Per quanto riguarda in particolare il Sistema Sanitario Nazionale, il decreto legislativo di riordino del Ssn introduce norme di *prioritarizzazione* esplicita delle prestazioni e dei servizi. Deve essere un'occasione importante per ridurre la vulnerabilità delle classi sociali più svantaggiate, all'offerta di prestazioni inappropriate ed inefficaci e per realizzare interventi positivi di equità nell'accesso a quelle efficaci; passare da una situazione di razionamento implicito iniquo ad una situazione di razionalizzazione esplicita equa. Queste raccomandazioni rischiano di restare un mero esercizio retorico se non trovano una regia eloquente ed efficace, che sappia far convergere interessi e valori intorno a questi temi, fino a farli diventare un mandato costitutivo, convinto e non di parte in molti settori della società, prima di tutto il mondo sanitario.

Verso
gli obiettivi
di salute

2.3. IL RUOLO DEL VOLONTARIATO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La presenza del volontariato nell'ambito della sanità (dati statistici)

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

Le articolazioni vocazionali

Le principali articolazioni vocazionali interne sono le seguenti: donazione di sangue e organi (34,4%), assistenza sanitaria direttamente erogata (17,3%); visite, assistenza morale, ascolto dei malati (10,7%); assistenza legale e riconoscimento dei diritti dei malati (3,8%); trasporto di ammalati, guida di ambulanze e soccorso (20%); altro (riabilitazione, prevenzione ecc. 13,8%). In media ciascuna organizzazione svolge più di una (1,7) di queste attività.

Le organizzazioni di volontariato che operano nel settore della salute sono quelle maggiormente in rapporto con l'ente pubblico: il 53,3% sono convenzionate e di queste il 39% collabora anche operativamente con i servizi pubblici su specifici progetti. Questo settore è maggiormente rappresentato nelle regioni Nord-Ovest (il 32,7% a fronte del 26,2% della popolazione), mentre è attivo in misura proporzionalmente dimezzata rispetto alla popolazione nelle regioni del Sud (il 12,5% a fronte di una dimensione demografica pari al 24,6% del totale nazionale). La matrice ideale che ispira questo tipo di volontariato è prevalentemente laica: riguarda l'80,2% delle organizzazioni.

I volontari del settore della salute

I volontari di questo settore appartengono prevalentemente alle classi anagrafiche adulte: il 72,5% dei volontari ha un'età media tra i 34 e i 50 anni. Le organizzazioni di questo settore si concentrano su un solo tipo di utenza (malati o infortunati) e rispetto alle prestazioni tendono alla specializzazione: il 40,4% eroga un solo tipo di prestazione. La tipologia delle prestazioni è rappresentata dalla successiva tabella:

**Tab. 1 - Le organizzazioni di volontariato
che operano nella sanità o con interventi sanitari**

Tipologia	v.a.	%
Assistenza sanitaria	203	4,9
Assistenza sociosanitaria	422	10,2
Soccorso ed emergenza	1.460	35,3
Donazione di sangue e organi	1.766	42,7
Tutela dei diritti dei malati	285	6,9
Totale	4.136	100,0

Fonte: rilevazione Fivol 1997

La distribuzione delle organizzazioni di volontariato nelle varie aree del Paese risulta da questa seconda tabella.

Tab. 2 - Distribuzioni delle organizzazioni di volontariato

Tipologia	in totale	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole
Assistenza sanitaria	4,9	4,5	5,7	5,1	4,5
Assistenza sociosanitaria	10,2	8,5	15,5	10,8	7,7
Soccorso ed emergenza	35,3	37,9	30,2	38,1	34,0
Donazione di sangue ed organi	42,7	43,9	40,2	40,0	45,3
Tutela dei diritti dei malati	6,9	5,2	8,4	6,0	8,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale %	100,0	31,3	20,6	20,9	27,2
Totale v.a.	4.136	1.296	854	863	1.123

Fonte: rilevazione Fivol 1997

L'ambito sanitario nel quadro dei vari ambiti del volontariato - Aspetti problematici del volontariato in generale

Il volontariato esplica la sua attività in molti ambiti: socio-assistenziale, sanitario, educativo, di protezione civile, di tutela dell'ambiente, di tutela dei beni culturali, di cooperazione internazionale.

Qui consideriamo un ambito specifico, quello sanitario.

Quasi tutti questi ambiti hanno delle connessioni con quello sanitario: pensiamo alla integrazione fra sociale e sanitario di cui parleremo più avanti, all'ambito educativo per l'educazione sanitaria, alla protezione civile per la tutela della salute nelle calamità, alla tutela dell'ambiente nella prevenzione, con la cooperazione internazionale per la promozione della

salute dei popoli poveri.

D'altra parte prima di parlare di volontariato nell'ambito sanitario è necessario parlare del volontariato in generale, perché anche il volontariato in sanità risente delle problematiche e delle inevitabili ambiguità di un fenomeno che negli anni '80 ha avuto una imprevista e impensabile esplosione e che è in continua rapida evoluzione.

Premettiamo perciò alcune considerazioni e precisazioni generali del volontariato.

Identità del volontariato

Riflettere sull'identità del volontariato, non vuole essere una rivendicazione di purezza rispetto ad altre realtà presenti nel cosiddetto terzo settore. Si tratta soltanto di evitare omologazioni e semplificazioni, che impediscono una serena e trasparente analisi di quanto si muove in quest'ambito, tanto più in fase di crescita della cosiddetta economia civile.

Definire non serve a dividere e contrapporre, ma a distinguere e chiarire. Non si tratta di assegnare un primato etico a qualcuno, ma evitare una confusione di ruoli e di compiti, che rischia di snaturare e appiattire le diverse componenti.

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

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

In particolare vanno segnalati:

- la spontaneità;
- la gratuità;
- il servizio agli altri;
- la continuità.

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

- di anticipazione nella risposta a bisogni emergenti;
- di integrazione dei servizi esistenti, pubblici e privati;
- di stimolo delle istituzioni pubbliche a tutela dei diritti dei cittadini;
- di formazione della cultura della solidarietà e delle reti informali di solidarietà di base.

**Elementi
di fondo
del volontariato**

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

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

In questo senso va anche precisato l'ambito della legge 266/90, che non è la legge quadro del volontariato, ma si occupa della regolamentazione dei rapporti del volontariato associato con le istituzioni pubbliche. Non comprende pertanto tutti i ruoli del volontariato, ma soltanto quello di integrazione delle istituzioni pubbliche e non comprende tutto il volontariato di servizio, ad esempio quello individuale e familiare. Per dirla con una battuta, al volontariato non serve una legge particolare, basta la Costituzione della repubblica (art. 2 "riconoscimento delle formazioni sociali e doveri inderogabili di solidarietà"; art. 3 "effettiva partecipazione di tutti all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese"; art. 4 "dovere di svolgere una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società"; art. 18 "libertà di associazione").

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

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

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

- innanzitutto non tutte le relazioni tra volontari e destinatari possono essere ispirate ad una perfetta forma di reciprocità (vedi il rapporto con le persone affette da patologie fortemente inabilitanti o morenti); non si vuole negare che la persona rappresenti comunque un valore o che comunque possa comunicare fortemente con coloro che gli stanno accanto in ogni condizione di vita, ma dubitiamo che questo possa definirsi reciprocità;

**Il volontariato
non è
una impresa**

- inoltre il superamento del rapporto diseguale tra volontario e destinatario è fondativo del volontariato contemporaneo, che è nato proprio dalla critica di una prospettiva assistenzialistica, per lo più incapace di una analisi delle cause delle povertà; la prospettiva del dono è quindi vissuta in una dimensione di condivisione, non certo di rapporto ineguale.

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

Ciò che non è volontariato

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

- le fondazioni;
- le cooperative sociali;
- le associazioni sociali;
- le istituzioni non profit;
- le associazioni di autotutela;
- il servizio civile degli obiettori di coscienza.

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

Il tentativo di fare chiarezza concettuale in una realtà complessa e in continua evoluzione, com'è il terzo settore, individuando le caratteristiche specifiche delle varie componenti e il rapporto fra di loro, non può non tenere conto delle forme miste in cui convivono forme di autentico volontariato e di impresa sociale.

È necessario individuare la identità specifica di ciascuna forma, chiamandola con il proprio nome ed evitando che si creino situazioni poco chiare di strumentalizzazione e di lavoro nero.

Così pure non si può non tener conto della evoluzione di molte associazioni di volontariato che sono partite da generosi interventi che rispondevano a bisogni emergenti che non trovano risposta nei servizi esistenti e nelle istituzioni, e hanno sentito poi l'esigenza di trasformarsi in imprese sociali (cooperative di solidarietà sociale, comunità strutturale, srl, ecc.) per poter garantire continuità, professionalità e giusti compensi agli operatori che si dedicavano a tempo pieno, senza perdere lo spirito del volontariato,

e in alcuni casi i rapporti con le associazioni da cui erano nati.

Questa evoluzione ha contribuito a migliorare i servizi e, soprattutto in aree di forte disoccupazione, a creare posti di lavoro.

Quindi non può non essere valutata in senso positivo.

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

Valori del volontariato ed etica del lavoro

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

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

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

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

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

**Il volontariato
non è superiore
al lavoro retribuito**

Volontariato e impresa sociale

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

La questione quindi deve essere posta in termini di chiarimento concettuale e operativo, per sgomberare il campo da equivoci e sovrapposizioni. Di fronte all'esistenza di un dibattito sulla compatibilità tra valori solidaristici e organizzazione imprenditoriale, sui rischi di concorrenza tra volontariato e altre componenti del III Settore, nonché di concorrenza sleale di questi ultimi verso le aziende profit, dato l'utilizzo di prestazioni volontarie, va portata avanti non solo una riflessione, ma un'azione di chiarimento anche all'interno delle singole realtà, al fine di distinguere ambiti e funzioni.

**Il volontariato
è ausiliario
per l'impresa
sociale**

Inoltre, alcuni studiosi del III Settore affermano che le prospettive del volontariato, all'interno dell'impresa sociale, saranno di marginalizzazione (o meglio di relegazione in ruoli ausiliari) o di specializzazione in particolari settori aggiuntivi dell'organizzazione. Entrambe le visioni concordano su un dato: il volontariato non è centrale per il futuro dell'impresa sociale, ma solamente ausiliario.

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

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

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

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

Le forme giuridiche degli organismi, gli impegni contrattuali e le dinamiche gestionali conseguenti, condizionano inevitabilmente e profondamente — e sarebbe drammatico il contrario — la natura e le prassi operative.

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

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

Si impone, quindi, che si avvii una fase di chiarimento, la quale porti a distinguere con maggiore precisione i soggetti presenti nel III settore, anche sul piano delle forme giuridiche, non già in una logica camaleontica di adattamento alle dinamiche legislative. Tutto questo deve portare ad accentuare — in onore alla trasparenza — queste distinzioni anche tra le strutture generatrici di soggetti di impresa sociale e le realtà generate.

È doveroso dubitare della coerenza con i valori del volontariato, dei processi di modifica statutaria continuata che subiscono molte organizzazioni, delle iniziative che considerano condizione preliminare per l'attività un finanziamento o una convenzione, delle associazioni nate all'ombra di un assessorato, delle proposte di rimborso forfetario per i volontari. Non esiste il volontariato puro, ma esiste solo il volontariato: tutto il resto deve trovarsi una definizione coerente con le proprie finalità effettive, senza mischiamenti e coperture.

Ognuno deve rimanere fedele alle proprie intuizioni fondative, attualizzandole nel tempo, ma nella chiarezza di stili e di obiettivi: solo questo preserverà le tradizioni plurali presenti nel III Settore.

Rapporto fra volontariato e istituzioni pubbliche

È evidentemente importante riflettere su quali debbano essere i rapporti tra istituzioni e volontariato. In una prospettiva di welfare mix, il volontariato non può avere un atteggiamento difensivo verso le istituzioni, ma un ruolo politico che punta soprattutto all'innovazione e alla promozione di politiche sociali attente ai soggetti deboli. Per questo si deve assumere un atteggiamento che valorizzi al massimo i valori comuni tra i soggetti del III settore, puntando ad essere un elemento di cambiamento sociale.

**Non un ruolo
difensivo
ma politico**

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

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

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

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

**Il piano
di zona**

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

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

Per queste ragioni sono maggiormente adatte forme di intervento leggero, fortemente connesso al territorio, in ambiti particolarmente privi di intervento pubblico, più che l'assunzione di iniziative pesanti, con quote rilevanti di personale dipendente, in ambiti in cui la mano pubblica preferisce esternalizzare la gestione.

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

Il volontariato ha bisogno di tutele minime, quale il diritto di accesso alle strutture, attraverso forme di riconoscimento anche comunale ed even-

tuali convenzioni, il coinvolgimento nelle consultazioni ed in tutte le sedi previste dalle normative nazionali e locali.

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

Volontariato e ruolo anticipatore

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

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

Le realtà devono trovare in maniera autonoma la spinta per l'iniziativa anticipatrice; questo non significa in maniera alternativa alle istituzioni e strutture pubbliche, ma certamente facendo affidamento sulle proprie risorse e su quelle della comunità locale.

Come già anticipato, in questo senso, i Centri di servizio possono avere un ruolo determinante; ferme restando le perplessità circa il ruolo di indirizzo che sia le Fondazioni bancarie che il potere politico possono avere, a livello locale, sulle scelte strategiche dei Centri.

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

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

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

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

**I centri
di servizio**

che ed efficienti per la comunità.

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

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

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

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

Il volontariato in sanità

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

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

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

Realtà del volontariato in sanità: definizione degli ambiti

La delimitazione precisa dell'area è piuttosto difficile, in quanto è presso-

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

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

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

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

Prospettive del volontariato in sanità: in ospedale e sul territorio

È necessario anzitutto che il volontariato che opera nell'ambito sanitario abbia chiara consapevolezza dei suoi valori e potenzialità e dei suoi limiti. In ospedale deve evitare le presenze solo formali e di immagine.

Di fronte alla complessa organizzazione dell'ospedale e alla vasta quantità di operatori sanitari (medici, infermieri, inservienti) che si occupano dei malati a tempo pieno e con professionalità specifica, il volontariato deve saper concentrare le sue limitate risorse di numero, di tempo, di competenze sui casi e sulle situazioni in cui è certamente utile e spesso insostituibile: malati gravi soli che richiedono assistenza continuata, malati terminali in appoggio, se l'hanno, all'assistenza della famiglia, immigrati che

non hanno nessun familiare vicino e che hanno bisogno di tutto, dal provvedere a lavare la biancheria personale, all'informare la famiglia lontana e farla sentire vicina e fornire, se necessario, ai medici stessi un interprete.

Anche per questi servizi semplici e basati soprattutto sulla relazione e sul rapporto, è necessaria una formazione che le associazioni e i centri di servizio del volontariato devono dare ai volontari che si impegnano in questi servizi.

Un aspetto fondamentale, che non sempre viene tenuto presente, è il chiedere al malato se desidera aver vicino un volontario che lo segua.

Questo dovrebbe essere il compito di chi coordina il servizio.

Sul territorio, ancor più che in ospedale, il volontariato può trovare spazi in cui la sua presenza è efficace e spesso necessaria, soprattutto quando, in una applicazione rigida dei DRG spesso vengono rapidamente dimessi dall'ospedale malati che continuano ad aver bisogno di assistenza, non hanno il supporto della famiglia e non esistono sul territorio servizi domiciliari adeguati.

I bisogni qui si fanno molteplici e molto concreti dal procurare le medicine, al fare la spesa, al cuocere i cibi, al tenere pulita la casa.

Qui il volontariato deve saper agire contemporaneamente su tre fronti: dare una risposta immediata ai bisogni immediati; mobilitare, indirizzare, sostenere le risorse della comunità circostante a partire dalla rete parentale e amicale; stimolare l'Ente locale ad organizzare servizi sociosanitari domiciliari adeguati.

Il volontariato nel trasporto ammalati

Risorse antiche e forme nuove

Se bene organizzate, sono sempre preziose le Croci (Rossa, Bianca, Verde, ecc.) soprattutto nelle zone isolate di montagna.

Un esempio: nelle valli Agordine (BL) in tutti gli 8 Comuni collocati all'interno delle varie valli c'è un gruppo di volontari, dotati di un'autoambulanza.

Quando succede un'emergenza sanitaria intervengono immediatamente per portare la persona malata all'ospedale. A parte la difficoltà di comunicazione, se l'ospedale dovesse inviare la propria ambulanza occorrerebbe il doppio del tempo e per mantenere attivo un servizio di questo genere 24 ore su 24, per sostituire il servizio volontario dovrebbe disporre, secondo i calcoli dei medici dell'ospedale, di 32 persone qualificate.