

Bando Volontariato 2018:

“BERGAMO-LAB: LABORATORIO DI IDEE ED AZIONI PER UNA COMUNITA' RESPONSABILE”

“PROMUOVERE E COSTRUIRE LA COMUNITÀ: QUALE AGORÀ POSSIBILE?”

REPORT INDAGINE SOCIOLOGICA

VOLONTARIATO TRA INNOVAZIONE E TRADIZIONE

A CURA DI

arianna.radin@unibg.it / martino.doni@unibg.it / stefano.tomelleri@unibg.it

1- Riflessioni sul volontariato

Il volontariato è il segno del legame sociale. Presidiato dalle istituzioni della ricerca, può essere guidato e governato, ma non può essere comandato. Al centro del comportamento di solidarietà volontaria vi è quella che gli studiosi di comunicazione chiamano “ingiunzione paradossale”. Non si può dire a un bambino: “gioca!”, o a una ragazza: “amami!”, o a un poeta: “scrivi!”. Quando lo si fa, si commette una forma di violenza. Lo stesso vale per il volontariato: non si può ingiungere a qualcuno di fare del volontariato. In questo senso, nella fragilità e nella bellezza di questo scarto dal sistema dei controlli sociali, il volontariato, proprio come la poesia, l'amore o il gioco, è alla base del legame sociale.

Chi fa volontariato, a qualunque titolo e in qualunque situazione, è esposto alla fragilità. Il suo è uno sguardo sulla sofferenza o sul bisogno. Quasi sempre, là dove c'è mancanza, bisogno, necessità, c'è una forma di dolore: talvolta dolore fisico, lancinante, talvolta dolore muto, psichico. La storia umana ha dedicato al dolore la nascita della clinica. Lo sguardo clinico, quello che “distende” la persona e la osserva, la manipola, la tocca, è lo sguardo che non teme di confrontarsi con il dolore. Nel nostro mondo ipermoderno tuttavia assistiamo a una deriva laboratoristica.

La confusione tra esame clinico ed esame biochimico in medicina, è un chiaro segno della commistione metodologica, epistemologica, finanche deontologica che caratterizza la pratica medica. Se da un lato il prodigioso progresso delle tecnologie applicate alla medicina ha favorito un approccio al malato più efficiente, sempre meno invasivo e sempre più mirato alla specifica patologia, dall'altro già da diversi decenni, all'interno della stessa riflessione medica si lamenta una certa “idolatria laboratoristica”, ovvero il fatto che il malato si presenti a consulto «recando sulle braccia montagne di radiografie e di reperti di laboratorio» (Frugoni in Cosmacini-Gaudenzi-Satolli 1996, p. 315)¹. Un esempio illustre è lo studio del cervello da parte del neurologo Paul Broca, il quale nel 1861 ritenne di poter dedurre l'origine del linguaggio dall'autopsia di un suo paziente colpito da ictus e quindi ridotto all'afasia. L'area di Broca, terza circonvoluzione frontale dell'emisfero sinistro, si può scovare soltanto nel cadavere. «Lo sguardo della medicina fin dall'inizio, fin dalla nascita della clinica, è uno sguardo sul corpo morto» (Braibanti 2015, p. 100)². Il paradosso è simile a quello del gatto di Schrödinger. L'osservazione analitica richiede la reificazione

¹ Cosmacini G., Gaudenzi G., Satolli R., Dizionario di storia della salute, Einaudi, Torino 1996

² Braibanti, P. (2015). *Ripensare la salute: per un riposizionamento critico nella psicologia della salute*. FrancoAngeli

dell'oggetto osservato, che diviene un orizzonte trascendentale; la dialogica invece implica la sua irriducibile contingenza (Doni 2017)³.

Il volontario non lavora soltanto nei contesti di cura, ma sono questi che probabilmente mostrano il fianco più esposto. In un certo senso il volontario funziona come terzo incomodo, perché non agisce secondo un mandato professionale e non usufruisce del servizio. In alcuni casi, rari, lo eroga; tuttavia quasi sempre funziona come un'intercapedine d'areazione tra due diversi sistemi (erogazione e utenza). Un po' come nella scienza la presenza dell'osservatore.

Introducendo l'osservatore nelle pratiche mediche, si incomincia a chieder conto di come medico e paziente costruiscano reciprocamente il proprio ruolo e la propria soggettività e il proprio assoggettamento all'interno di un sistema di discipline (Foucault 1963)⁴; poi si può cercare di riconoscere la vita nei soggetti così individuati: una vita che prova sofferenza e piacere, una vita di corpo e non di somma algebrica di frammenti.

Il volontario, in questo senso, si pone come segnale di presenza viva in un contesto di servizio alla persona, là dove il dominio della tecnica, da una parte, e della burocrazia, dall'altra, tende a mortificare e a standardizzare.

La parte viva del legame sociale è quella che non si può pretendere. La vita emerge nella contingenza, esito scandalosamente imprevedibile di una quantità sterminata di condizioni. Il volontariato è parte viva della società nella misura in cui sfugge al controllo ossessivo della tecnica e dell'amministrazione burocratica. Non che il volontario sia esentato dal far parte di un contesto tecnicizzato, o che non debba sottostare ai vincoli delle procedure, sarebbe ingenuo pensarlo e arrogante pretenderlo. Ciò che va però considerato è che il volontario non esaurisce affatto la sua presenza nello svolgimento di una procedura o nell'assunzione di un compito tecnico. Se così fosse, il volontario sarebbe merce, esattamente come il lavoratore: sarebbe valore di scambio che si può senza problema trasferire o sostituire. L'irriducibilità del volontariato è puro valore d'uso, retaggio di un principio economico premoderno, ma per nulla nostalgico: non si tratta di tornare al passato, si tratta di riconoscere che, nonostante tutte le lamentele che possiamo inanellare sul nostro stile di vita, sul consumismo, sui giovani d'oggi, sull'inquinamento ecc., se ci sono volontari, vuol dire che esiste ancora un modo concreto, vitale, effettivo, di stare nella società.

Per questa ragione è importante riflettere sul testo della Legge Regionale 23 del 2015, che ha inteso riformare i servizi sanitari in senso territoriale. L'articolo 2 della legge esplicita i principi che hanno animato la riforma. Il primo principio riguarda la "dignità della persona" e la "centralità del ruolo della famiglia", due questioni eticamente molto dibattute nelle arene pubbliche ma altrettanto trascurate a livello operativo, forse per via dell'astrattezza con cui sono evocate. Interessante il secondo principio esplicitato dal legislatore:

Scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per la cura e la presa in carico, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati. La scelta del cittadino su come e dove curarsi deve essere libera per principio legislativo. La libertà, in questo caso, non è evocata in modo astratto come invece era per la dignità della persona e il ruolo della famiglia; si parla di libertà come contrappeso alla consapevolezza e alla responsabilità che i cittadini possono e devono maturare per esercitare i propri diritti. Quindi in sintesi la legge dice questo: siamo liberi di curarci nella misura in cui siamo consapevoli di ciò che facciamo e ce ne assumiamo le

³ Doni M., La parola al limite. Dal grido alla preghiera, in "Filosofia e Teologia" XXXI, 1(2017), pp. 97-112

⁴ Foucault M., Naissance de la clinique. Une archéologie du regard medical, Presses Universitaires de France, Paris 1963

conseguenze. Le polemiche di questi ultimi anni sulle cure delle malattie neurodegenerative o sui vaccini attestano e contemporaneamente rendono problematica questa accezione.

L'idea di libertà che sottende la LR 23 ha per lo meno due radici: la prima radice è di tipo storico-sociale o, se si preferisce, economico-politico; la seconda ha invece più attinenza con la cultura medica recente. Il modello di società che è alla base di una legislazione è evidentemente una delle condizioni più decisive per il quadro generale che la legge medesima proietta sull'organizzazione delle proprie procedure applicative, da una parte, e sull'idea, se così si può dire, che mano a mano prende forma visibile nei rapporti tra le persone e tra i servizi. La forma sociale che si presenta nella LR 23 enfatizza la libertà della persona, come per esempio si legge nell'articolo 3, comma 6:

La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti.

La centralità della persona, protagonista di innumerevoli retoriche di altrettanti sistemi organizzativi (non ultimo quello della scuola, con la personalizzazione della didattica ecc.), mostra e nasconde insieme quella che probabilmente è la caratteristica peculiare delle società avanzate di questi ultimi decenni: l'individualismo neoliberista. Lo mostra, in questo caso, con l'uso retorico del singolare: "la" persona diviene un attrattore di esercizi mirati; non solo, ma il meccanismo dei buoni e dei voucher (anche qui, con qualche analogia con il mondo scolastico e universitario e i suoi crediti formativi) si accompagna a una visione della promozione e prevenzione della salute molto vicina a un grande supermercato con tanto di offerte speciali. L'individualismo neoliberista funziona esattamente in questo modo: propone beni di consumo cercando in tutti i modi di presentarli come accessibili a tutti in egual misura. La persona deve essere libera di consumare: anche questa è un'ingiunzione paradossale.

La seconda radice su cui si regge il testo della LR 23 che stiamo esaminando è, come si diceva, di tipo più perspicuamente medico-culturale. Si percepisce lo sforzo di adeguare linguaggio e prospettive alle esigenze epistemologiche, politiche e culturali della Carta di Ottawa, soprattutto in riferimento al principio di sussidiarietà orizzontale. Tuttavia anche in questo caso il testo mostra una certa ambiguità nel veicolare un'idea di salute come processualità condivisa, da una parte, e come bene di consumo individuale dall'altra. Certo, il paradigma biomedico per cui la salute è definita come un insieme di organi non malati è definitivamente superato; ma l'idea (peraltro non nuova, se già ne parlava Rogers alla fine degli anni Cinquanta) della salute come processo integrativo di ben-essere e mal-essere fisico, psichico e sociale (Bertini 2012, p. 219)⁵ non trova molto spazio. L'ancoraggio a una concezione di discontinuità e contraddizione tra salute e malattia è ancora forte. Inoltre sussiste ancora la convinzione che la salute, in quanto ben-essere discreto, sia alquanto da raggiungere individualmente con le proprie forze, magari con l'aiuto di qualche struttura, ma pur sempre sulla base della propria scelta personale. L'immagine invece della salute come risorsa collettiva da cui attingere è pressoché assente.

La questione che occorre porre a questo punto è la seguente: che cosa resta del legame sociale? E che cosa può proporre l'università in generale, la sociologia in particolare, al fine di promuovere le relazioni tra le persone? Anche in questo caso una lettura del testo della LR 23 può aiutare a cogliere alcuni suggerimenti interessanti. Il sesto principio che sta alla base della legge, tra quelli elencati nell'articolo 2, si appella esplicitamente alla "sussidiarietà orizzontale", per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta.

⁵ Bertini M., *Psicologia della salute*, Cortina, Milano 2012

Il concetto di sussidiarietà si rifà a sua volta al Titolo Quinto della Costituzione, in particolare all'articolo 118, là dove si regolamentano i rapporti tra le amministrazioni statali, locali e i singoli cittadini. Nel caso della regolamentazione delle amministrazioni pubbliche, si parla di sussidiarietà verticale, e in sintesi essa significa che, qualora un ente locale gerarchicamente inferiore sia in grado di svolgere un compito, quello superiore è chiamato a non intervenire in sua vece. La sussidiarietà si dice orizzontale quando i cittadini, singolarmente o in associazioni, sono liberi di svolgere funzioni pubbliche. Non c'è più quindi tanto un differenziale gerarchico tra gli attori, quanto un differenziale socio-organizzativo. Là dove il gruppo X arriva prima e meglio, è chiamato a svolgere la propria attività senza essere ostacolato né d'ostacolo.

Mentre nella sua versione verticale il principio di sussidiarietà ha goduto di buona stampa in ambiente cattolico, per lo meno lungo il secolo che va dalla *Rerum novarum* alla *Centesimus annus* (De Pasquale 2000)⁶, nella sua dimensione orizzontale è rimasto più sullo sfondo degli intenti e dei principi. In ogni caso è probabilmente proprio questa la prospettiva da adottare per esaminare la riforma sanitaria da uno scorcio privilegiato.

Per comprendere il ruolo del legame sociale nel pensiero organizzativo dei servizi socio-sanitari, per lo meno per come sono stati intesi dalla riforma del 2015, un luogo interessante da esplorare è l'articolo 3, comma 1/d:

[La Regione] promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative.

Questo comma tocca punti estremamente delicati sia dal punto di vista giuridico, sia dal punto di vista sociale. I servizi promossi dall'amministrazione regionale sono diversificati secondo le funzioni, gli apparati e i canali di finanziamento; tuttavia essi possono e anzi debbono all'occorrenza integrarsi in reti sussidiarie di supporto. Che cosa significa? Significa che là dove le strutture socio-sanitarie e assistenziali non sono in grado di penetrare nelle realtà più singolari, problematiche e urgenti, possono e all'occorrenza debbono intervenire i soggetti più prossimi. Infatti nel comma si fa riferimento a situazioni particolari legate alla non autosufficienza o alla cronicità, oppure alle fragilità socio-economiche.

In questa forma diviene facilmente riconoscibile il soggetto sociale che, pur non nominato, primeggia nella disposizione della sussidiarietà orizzontale: si tratta evidentemente del volontariato. Nel quadro d'insieme della riforma sanitaria regionale, il volontariato è una specie di paradosso evolutivo, una sorta di organismo sviluppatosi per exaptation: là dove una struttura era stata individuata e pensata in un ruolo, si scopre invece coinvolta e concentrata in altro; oppure: là dove un gruppo era stato emarginato e trascurato, si rivela indispensabile nella gestione di problemi altrimenti destinati a finire, per l'appunto, nel calderone dell'emarginazione e della trascuratezza.

La riforma promossa dalla Legge 23 distingue due macro-organismi: le ATS (Agenzia di Tutela della Salute) e le ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali). Le prime hanno compiti di tipo amministrativo-logistico, costituiscono di fatto il governo della presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi, nonché il presidio dei programmi di educazione alla salute, sicurezza alimentare, controllo degli ambienti di vita ecc. Le ASST, invece, si occupano specificamente dell'erogazione dei servizi socio-sanitari. La novità più macroscopica, nell'assetto generale della riforma, sembra essere quella dell'incorporazione delle vecchie Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali in un unico sistema di offerta. Lo scopo di questa svolta è comprensibile: da un lato vi è senz'altro la necessità di semplificare le procedure amministrative e

⁶ De Pasquale P., *Il principio di sussidiarietà*, Editoriale Scientifica, Napoli 2000

burocratiche legate ai flussi di finanziamenti e alla gestione delle politiche sanitarie; dall'altro vi è il bisogno di garantire ai cittadini la possibilità di riconoscere più facilmente la fonte da cui proviene il servizio pubblico che si fa carico dei loro bisogni.

In tutto questo riposizionamento di organismi, strutture, convenzioni, accordi, contratti ecc., il volontariato è rimasto in ombra. Il soggetto che opera nel volontariato in ambito socio-assistenziale è passato indenne attraverso le intemperie della riforma, perché ciò che muove chi si preoccupa della cura immediata e disinteressata degli altri non è facilmente amministrabile attraverso le procedure legislative. Questa posizione defilata e franca del volontario è il miglior osservatorio possibile per una scienza sociale.

Non è un caso che il luogo in cui il legame sociale emerge dal testo della LR 23, il sopracitato articolo 3, sia anche il luogo in cui si mettono in evidenza le situazioni di fragilità e di emergenza, che possono sfuggire dalle maglie della prevenzione e della cura ordinarie. Il sottotesto, nemmeno troppo nascosto, del comma è che un'organizzazione estesa e complessa come il Sistema Sanitario non può prevedere tutte le evenienze, e quindi si affida volentieri a chi è vicino al loro verificarsi e può, in un'ottica sussidiaria per l'appunto, intervenire e curare.

Quindi, estrapolando il sottotesto con una "lettura seconda", come avrebbe detto Louis Althusser a proposito del Capitale, cioè una "lettura sintomale", è possibile collocare alcuni termini all'interno di un sistema più ampio. Per esempio il termine "fragilità" o "patologie cronic-degenerative". Questi termini sono oggetto di attenzione peculiare nel testo legislativo, ma – come era nel caso del "valore della forza-lavoro" in Smith – non sono compresi mediante il dispositivo migliore (Althusser et al. 1965)⁷. Nel paradigma individualistico che, come si è visto, sottende il quadro culturale della LR 23, le fragilità e le patologie cronic-degenerative sono delle "cose" di cui i cittadini si devono occupare, in un'ottica di sussidiarietà orizzontale. In questo senso, la riforma sanitaria, per come è concepita, rende difficile la comprensione del legame sociale, pur inserendolo meritoriamente all'interno del proprio testo legislativo. Il sistema entro il quale i sintomi del corpo vivente possono essere compresi è, probabilmente, quello delle scienze sociali (ecco che cosa ci facciamo qui, all'Università! Non è soltanto una questione di lustro e sfoggio), e l'attore principale di questa visione laterale del sistema di erogazione delle cure è, di conseguenza, il volontario.

La sociologia consente di rileggere ciò che la retorica individualistica considera come "cose", ristabilendo la natura processuale e dinamica degli eventi. Il corpo, sociologicamente inteso, non è una "cosa tra le cose", ma è espressione di una condizione. Tanto più tale condizione è connotata da bisogni e sofferenza, quanto più la sua espressione si fa concreta e urgente. Il corpo è sempre più comprensibile in quanto corpo che chiede e che soffre, e in quanto tale esso cerca di essere riconosciuto: la sua espressione (il lamento, il grido, i silenzi...) coincide con questa ricerca. Nei meccanismi organizzativi e amministrativi si tende inevitabilmente a ridurre il problema delle "fragilità" e delle "cronicità" a delle malattie da curare, dei difetti da correggere... mentre molto spesso il centro sintomale di queste condizioni è il bisogno di riconoscere la soggettività del corpo che soffre.

Questo sistema, in quanto a peso specifico su scala politica e finanziaria, è forse trascurabile, ma in quanto a struttura garante del senso delle pratiche è decisivo. E a presidiare tale sistema non ci sono più tanto figure professionali ben definite, né organismi istituzionali o tanto meno ideologici. Il presidio del sistema di senso del legame sociale in ambito socio-sanitario è rappresentato forse dai volontari e dalle volontarie che si occupano sostanzialmente di riconoscere nel fruitore di un servizio un soggetto vivo che soffre. Il riconoscimento, gratuito perché volontario, volontario perché gratuito, sfugge alla retorica della libertà immaginaria, non può essere comprato né venduto e dunque non può essere oggetto di speculazione. Ciò ovviamente non significa che le organizzazioni e le associazioni di volontariato siano immuni da chiusure pregiudiziali, modalità gestionali e dinamiche interne ed esterne di carattere predatorio o clientelare. Non si

⁷ Althusser L. et al., Lire le Capital, Maspero, Paris 1965

tratta di tessere elogi ma di individuare un punto di osservazione. Il volontario è nella corsia d'ospedale, nella RSA, nell'ambulanza, nell'hospice, nella comunità... per riconoscere uno stato di sofferenza. Nessun altro operatore svolge questa funzione, per lo meno non con altrettanta esclusività. La scienza che studia la società può ripartire da questa prospettiva per inserirsi nel sistema osservato come osservatore partecipante, cioè per «rintracciare dimensioni di senso che legano il soggetto alle trame inter-soggettive» (Braibanti 2015, p. 102).

2 - Le dimensioni del volontariato

L'etichetta "volontariato" prevede attività diverse per settori diversi: dall'ambiente alla cultura, dalla cooperazione internazionale alla protezione civile locale e nazionale, dalla tutela dei diritti alla sanità. Quale che sia il settore di attività, fare volontariato significa donare gratuitamente il proprio tempo per aiutare, direttamente o indirettamente, una persona o la sua famiglia, una comunità o un'organizzazione. In Italia, secondo il recente Codice del Terzo Settore (art.17, decreto legislativo n.117 del 3/7/2017) :

il volontario è una persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà.

Questa definizione ci sembra tuttavia limitante per tre ordini di ragioni. Innanzitutto perché sottolinea esclusivamente la dimensione altruistica del volontariato, di fatto privandolo di quella dimensione politica, che è invece attribuita ad un'altra forma di attività per la comunità votata al cambiamento sociale, ovvero l'attivismo. D'accordo con van der Meer et al. (2009)⁸ invece *"dobbiamo considerare la cosiddetta società civile - che comprende sia volontari che cittadini attivi, ndr- non come un monolite indifferenziato, ma come una complessa sfera di associazioni con differenti obiettivi e bisogni"* (p.238). In secondo luogo la definizione normativa è limitante perché non tiene conto della dimensione organizzativa del volontariato che comprende sia i cosiddetti *program volunteers* ovvero i volontari che operano per conto dell'organizzazione sia gli *associational volunteers*, ovvero i volontari che lavorano per l'organizzazione (Wilson, 2000)⁹. Altrove come in Italia, infatti, *"alla maggiore rilevanza sociale e alla maggiore complessità dell'organizzazione volontaristica si accompagnano anche i tipici problemi di qualsiasi organizzazione produttiva, la cui risoluzione è fondamentale per garantire all'associazione un'attività efficace e continuativa"* (Barbaranelli et al., 2003, p.383)¹⁰. In terzo luogo, pur sottolineando la dimensione non remunerativa dell'attività del volontariato, la definizione trascura l'elemento centrale dell'attività di volontariato: il dono. Come ricordano Doni e Tomelleri (2018)¹¹, *"generativo è il dono che rimette la gratuità del gesto ovvio dello scambio (donare il tempo) all'interno di dinamiche di reciprocità e di vincolo gerarchico"* (p.40), tenendo dunque insieme le dimensioni altruistiche, politiche ed organizzative. Pensare le attività del volontariato associativo, anche in ambito socio-sanitario, come forme di *doni alla comunità* permette, come accade per la donazione del sangue, *"ai donatori - nel nostro caso, di tempo, ndr- di pensarsi come cittadini impegnati in un progetto di bene comune, e ai cittadini di manifestare il proprio astratto civismo"* (Dei, 2008, p.28)¹² attraverso gesti concreti di vicinanza all'altro, nei quali la dimensione della corporeità è spesso centrale. Adottando questo punto di vista, anche il volontariato può essere interpretato alla Titmuss come *"il fulcro di un sistema di welfare in cui*

⁸ Van Der Meer, T. W., Te Grotenhuis, M., & Scheepers, P. L. (2009). Three types of voluntary associations in comparative perspective: The importance of studying associational involvement through a typology of associations in 21 European countries. *Journal of Civil Society*, 5(3), 227-241

⁹ Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual review of sociology*, 26(1), 215-240.

¹⁰ Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Capanna, C., & Imbimbo, A. (2003). Le ragioni del volontariato: un contributo empirico. *Giornale italiano di psicologia*, 30(2), 369-388.

¹¹ Doni, M., & Tomelleri, S. (2018). Il dono come controparadosso. Scambio, gioco, reciprocità, *Sociologia*, Anno LII (1), 34-41

¹² Dei, F. (2008). Il dono del sangue: modelli culturali e forme di cittadinanza. *La Ricerca Folklorica*, 19-29.

lo Stato, stimolando l'altruismo dei cittadini si pone al centro di un sistema virtuoso di fiducia e solidarietà" (p.27) o alla Godbout come *"un esempio di come lo Stato, pur riuscendo talvolta ad allearsi con le reti di solidarietà non istituzionali della società civile, tende a distorcerle"* (ibidem), stimolando invece un sistema tecnocratico ed individualistico. Il volontariato sociosanitario, oggetto del presente lavoro, ci sembra particolarmente adatto ad essere analizzato secondo queste prospettive, che pure fanno riferimento ad un volontario troppo astratto e puro per essere reale, dal momento che le attività operate dal volontario e dalla sua associazione sono ovviamente legate al welfare statale, regionale e locale della comunità di appartenenza. E alle sue eventuali quanto possibili mancanze.

3- IL PROGETTO BERGAMO-LAB

La realtà del volontariato sociosanitario bergamasco è decisamente composita. Il Centro di Servizio per il Volontariato di Bergamo (CSV Bergamo) conta tra i suoi associati novantacinque associazioni, molte delle quali appartengono all'ambito sociosanitario, fuoco di questo lavoro. Entrando nel dettaglio, presso l'ASST Papa Giovanni XVIII, la principale struttura ospedaliera, sono presenti, stando agli ultimi dati disponibili del 2017, quarantacinque associazioni che forniscono "supporto sia ai degenti sia agli operatori", prestando "aiuto morale e materiale" ai pazienti e ai loro familiari attraverso attività di "consulenza, assistenza logistica, supporto informativo, facilitazione nel disbrigo di pratiche amministrative" e sostenendo la formazione e la ricerca¹³. Più difficile stabilire il numero di associazioni sociosanitarie che operano prevalentemente sul territorio per due ragioni. Innanzitutto perché non necessariamente sono formalizzate o collaborano con enti ed istituzioni che rendano pubblico il loro agire. In secondo luogo perché esiste un'area di attività promiscua tra territorio e ospedale. La fluidità delle azioni e degli attori ha indotto alcune associazioni a costituire il Forum delle Associazioni di Volontariato Sociosanitario bergamasche (AVSSB), "un organismo di secondo livello che coordina le associazioni di volontariato attive sul terreno sociale e sanitario nella Provincia di Bergamo per perseguire obiettivi comuni e confrontarsi congiuntamente con le istituzioni sociosanitarie e politico-amministrative e per promuovere iniziative e mobilitazioni unitarie."¹⁴ Il progetto, ormai maggiorenne, tuttavia manca di quella visibilità ormai fondamentale in un mondo 2.0 e forse patisce una certa stanchezza motivata dalle difficoltà di fare rete in un contesto mutevole e complesso come quello bergamasco. Da questa esperienza, ancora in corso sebbene in fase riflessiva, nasce il progetto "Bergamo Lab: Laboratorio di idee ed azioni per una comunità responsabile", finanziato dal Bando Regionale Volontariato 2018 e che vede come capofila Associazione Cure Palliative (ACP), come promotori l'Associazione Chiara Simone Onlus, la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e la Cooperativa Sociale Patronato S. Vincenzo e come partner del progetto l' Azienda Bergamasca Formazione (ABF) e l'Ufficio Scolastico per la Lombardia sezione di Bergamo. Il progetto, iniziato a marzo 2018, si propone di creare una realtà che sappia essere "elemento generativo di Welfare", mettendo in comune le buone prassi e le esperienze di tutte le associazioni che hanno aderito e che aderiranno e quindi favorendo la co-progettazione e la co-produzione di attività con e per le Istituzioni. Nella consapevolezza che sia importante allargare una rete che sembra avere maglie molto larghe, il progetto si articola in tre fasi. La prima, conoscitiva ed oggetto del presente report, è costituita da un'indagine sociologica, articolata in due fasi, relativa alle realtà territoriali ed ospedaliere della bergamasca che operano nel settore sociosanitario. La seconda, a carattere formativo, vede l'organizzazione di incontri di coinvolgimento delle associazioni e dei principali stakeholders per creare le basi per una solida rete. La terza ed ultima fase, di sensibilizzazione, vuole diffondere la cultura del volontariato alle nuove generazioni, attraverso un percorso di promozione del volontariato e di cittadinanza attiva nei luoghi di istruzione superiore di Bergamo. La realizzazione di un documento di sintesi, condiviso tra tutte le parti interessate, chiuderà il progetto.

¹³ [http://www.asst-pg23.it/section/1843/Associazioni di volontariato](http://www.asst-pg23.it/section/1843/Associazioni%20di%20volontariato)

¹⁴ <https://bergamo.uidm.org/forum-avssb>

4a - L'INDAGINE SOCIOLOGICA- Le interviste

La prima fase prevedeva la realizzazione di ventiquattro interviste non strutturate a testimoni privilegiati, a rappresentanti delle istituzioni, ad apicali e/o volontari appartenenti ad associazioni sociosanitarie ospedaliere e ad apicali e/o volontari appartenenti ad associazioni sociosanitarie del territorio. La scelta di un campionamento per quote relativamente alla dicotomia associazioni ospedaliere/territoriali si è rivelata funzionale in sede di definizione degli attori da coinvolgere, ma troppo rigida nel momento in cui le interviste sono state realizzate, dal momento che la promiscuità tra attività ospedaliera e territoriale rende difficile tracciare un reale confine. Tutte le persone presenti sulla lista dei potenziali intervistati, definita dagli stakeholders del progetto, sono state contattate a partire da giugno 2018 tramite email e successivamente tramite telefono, quando disponibile o reperito. Una seconda recall è stata realizzata nel mese di luglio. Nella tabella, gli attori che sono stati intervistati tra giugno e settembre 2018 le interviste, della durata media di un'ora. In alcuni casi, segnalati in tabella, le interviste sono state realizzate alla presenza di apicale e volontari/o. In tre casi le interviste sono stata telefoniche per agevolare gli intervistati fuori Bergamo. Due le principali criticità riscontrate in fase di ingaggio del campione. Innanzitutto, il progetto veniva presentato come promosso da ACP come capofila: nella seconda recall questo elemento conoscitivo è stato eliminato e ciò ha permesso di convincere alcuni perplessi che non si trattava di una ricerca "sui pari" ma "fra pari". In un caso la trattativa rassicurante è stata condotta durante le fasi preliminari dell'intervista. In secondo luogo, alle associazioni è stata data libertà di scelta in merito alla persona che si poteva intervistare. Nella maggioranza dei casi ciò ha comporto la partecipazione delle figure apicali che però hanno spesso fatto riferimento al loro essere - o essere stati- volontari.

TESTIMONI PRIVILEGIATI	AVSSB	
	CSV	
	Apicale ACP	
ISTITUZIONI	Fondazione Carisma	
	Apicale ConfCooperative	
	Caposala Hospice	
	Direzione Sociosanitario ASST Bergamo	
	URP ASST Bergamo	
	Responsabile Anziani Comune di Bergamo	
	Apicale sanitario	
	Direzione sociosanitario ATS Bergamo	
	Direzione UOC Psicologia ASST Bergamo	
ASSOCIAZIONI	ACP	VOLONTARIA
	Ass. Chiara Simone	APICALI
	L'Orizzonte di Lorenzo	APICALE
	ADB	APICALI + VOLONTARI
	AVO	APICALE
	UILDM	APICALE
	Aiuto per l'Autonomia	APICALE
	LILT	APICALE
	Ass. Alzheimer Bergamo	APICALE + VOLONTARIA
	Piccoli Passi per...	APICALE
	AOB	APICALE + VOLONTARIO
	Associazione Italiana Parkinsoniani	APICALE

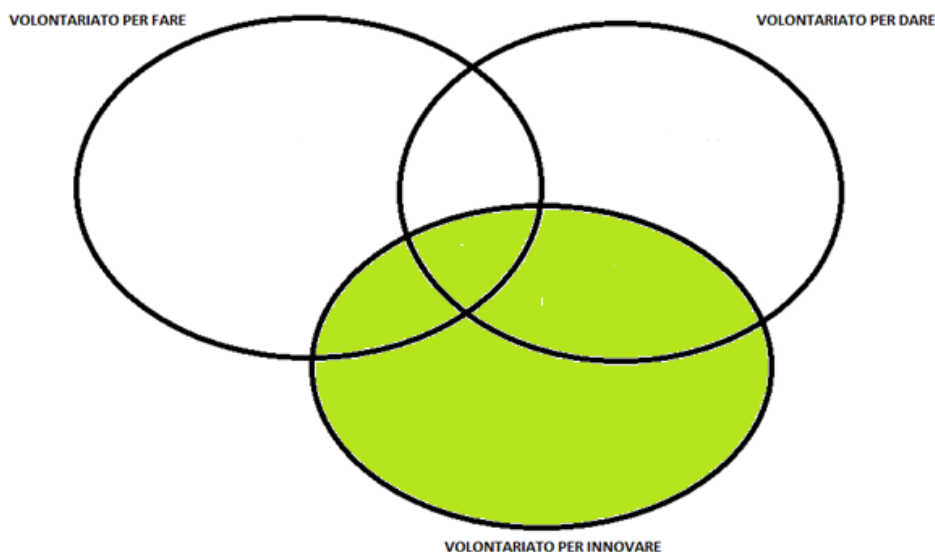
La traccia dell'intervista prevedeva lo sviluppo di tre dimensioni: motivazionale relativa al ruolo svolto nella struttura/associazione; strutturale relativa alla rete e alla Riforma e immaginativa relativa alla percezione del volontariato. La traccia, visto l'eterogeneità dei partecipanti, è stata declinata a secondo del ruolo degli intervistati – volontario, apicale associazione, rappresentante istituzionale – dando adito a tre tipi di interviste comunque paragonabili.

L'analisi delle interviste ha permesso di individuare tre tipi di volontariato, le cui caratteristiche verranno esplicitate nel quarto paragrafo: *volontariato per fare*, *volontariato per dare*, *volontariato per innovare*, inevitabilmente intrecciati.

4b - L'INDAGINE SOCIOLOGICA- I focus group

La seconda fase prevedeva infatti l'organizzazione di due focus group, che si sono tenuti nel mese di ottobre. Il focus group è una tecnica di rilevazione e rielaborazione dati, ideata da alcuni sociologi americani attorno alla metà del secolo scorso, come strumento ideale per l'organizzazione e la pianificazione del marketing. Il focus group è poi rapidamente entrato a far parte del repertorio degli interventi formativi, soprattutto come modalità di approccio a realtà complesse. Lo scopo principale è concentrare (focus) l'attenzione del dibattito su alcune questioni, senza che tale orientamento sia imposto da un punto di vista terzo. Tecnicamente il focus group si svolge sotto forma di riunione, a cui partecipa una dozzina di persone coordinate da un mediatore. Sul piano della riflessione, la scelta dei partecipanti si rivela evidentemente decisiva. Nel nostro caso, è stato fondamentale un lavoro di ricerca sul territorio, le interviste, che consentisse di formare un primo numero di questioni, e soprattutto di costruire un piano di dibattito. Il focus group non è propriamente "condotto", perché lo scopo non è di guidare il dibattito verso una direzione. Il moderatore si limita a presentare al gruppo una serie di proposte di argomenti e vigila sulla tenuta della discussione: per esempio, controlla che i toni non si accendano troppo, stimola la partecipazione di tutti, invita a non eludere le tracce proposte ecc.

Entrando nel dettaglio, al primo hanno partecipato undici rappresentanti delle sette associazioni individuate dall'analisi delle interviste come appartenenti all'area del volontariato per innovare (in verde).



Quattro associazioni erano presenti con due rappresentanti e due hanno aderito alla richiesta di far partecipare un volontario junior e uno senior. Dopo la presentazione del progetto e dei parziali risultati ottenuti nel corso della prima fase è stato chiesto ai partecipanti di selezionare una delle quattro metafore/

immagini selezionate dalle risposte fornite durante le interviste e di rispondere ai quesiti *che volontariato serve/ cosa serve al volontariato*.

Il secondo focus group è stato dedicato ai cosiddetti istituzionali. Erano presenti rappresentanti del Forum associazioni del volontariato sociosanitario, della Fondazione Carisma (Direzione RSA Gleno), dell' Ospedale Papa Giovanni XXVIII (URP), CSV, Hospice (caposala), tutti intervistati nella prima fase dell'intervista, e della Fondazione Aiuti per la Ricerca sulle Malattie Rare (A.R.M.R.). A costoro è stato distribuito un documento di sintesi riportante anche parte dell'analisi delle interviste e i temi principali emersi dal precedente focus group.

5 - VERSO UN VOLONTARIATO INNOVATORE

Il quadro composito del *sistema* volontariato bergamasco racconta buone possibilità di trasformazione in *rete*, nonostante, o forse proprio *per*, le realtà diverse che lo compongono. Età avanzata e difficoltà di reclutamento di volontari e di volontari giovani, soprattutto caratterizzano la quasi totalità delle associazioni intervistate, ad eccezione delle due realtà marcatamente orientate ad offrire servizi e assistenza a cittadine/i giovani. Rimane forte una dicotomia antica: le donne, che comunque sono la maggioranza nelle associazioni, sono più legate all'assistenza (es. ascolto, accudimento...), mentre gli uomini ai servizi (tipicamente, trasporto). In entrambe le sfere, nelle interviste sono state evidenziate aree di conflitto latenti relativi alle aree di assistenza nel contesto territoriale, dove predomina la patologia (es. oncologia) e relativi agli spazi nel contesto ospedaliero perché vincolato dai reparti (es. pediatria) e da esigenze dell'organizzazione come sottolineato dagli stessi volontari:

(la nostra associazione) per mission non si occupa della raccolta di fondi, non raccoglie denaro non porta fondi in ospedale però porta delle risorse importantissime in termini di aiuto umano. Quindi loro si sono messi in gioco, per dire, non solo nella presenza nelle unità di degenza per dare supporto alle persone allettate, ma hanno fatto anche un ottimo lavoro, per esempio, nella messa a disposizione di persone, di volontari al CUP, quando la gente arriva, ha bisogno di informazioni, di orientamento, non sa come accedere a questi servizi amministrativi, ecco loro ormai stanno presenziando in moltissime aree. (...) è proprio una cosa che abbiamo chiesto noi tutto ovviamente ricollegato al trasferimento del nuovo ospedale: era tutto nuovo, era tutto diverso, la gente era molto disorientata, soprattutto le persone più anziane, quindi avevamo veramente bisogno di qualcuno che accogliesse, che desse un supporto fisico là dove magari le informazioni affisse, i cartelli non bastavano...e da lì non li abbiamo più lasciati perché abbiamo capito che il loro aiuto era veramente importante. (INT 11)

Noi siamo al Totem che aiutiamo le persone un po' a districarsi anche tra il CUP centrale MiniCUP...qui è un caos,quindi... Alcuni colleghi cercano sempre di indirizzare le persone verso le visite piuttosto che le prenotazioni, eccetera... cercano sempre di indirizzarli verso magari le torri, per evitare le code, per dire, oppure accompagnando, spesso ci sono anziani...negli ambulatori abbiamo invece una funzione più di filtro, tra gli utenti esterni che entrerebbero in modo insomma inappropriato all'interno del reparto dove si fanno anche esami delicati... (...). Ci chiamano direttamente o tramite l'URP per esempio e ci fanno presente che servirebbero dei volontari un gruppo di volontari per smaltire un po' il traffico della mattina. Devo dire che non sempre c'è un'effettiva necessità: spesso ci hanno chiamato, abbiamo provato e poi si vede subito se il volontario è necessario. (INT14)

Nel corso dei focus group la descrizione del conflitto latente in ambito ospedaliero è stata arricchita da nuovi dettagli, rispettivamente forniti da un volontario e da un'istituzionale:

Abbiamo poco tempo, gli spazi sono piccoli, non ci sono più le salette dove stare con i pazienti, tutto molto veloce...contato, toccata e fuga e via! Mentre diventa sempre più importante l'aspetto organizzativo, il girare tra i corridoi, per aiutare il paziente...per il pagamento automatico dei ticket o per l'hospital street...Organizzativamente ci sarebbe da apportare delle migliorie. Io capisco dove rapporto più diretto...Operando in ospedale, si è un po' perso...per esempio, un degli aiuti che faceva il volontario era imboccare il paziente, adesso non si può più fare! Si vaga nell'ospedale e il contatto diretto, fare due chiacchiere, diventa molto difficile ...c'è confusione e a volte ci sono le infermiere che ti fanno capire che intralci il loro lavoro! (S1.1fg)

La figura del volontario è andata via via cambiando, seguendo i cambiamenti sanitari...Alla fine il fatto che ci si è spostati dalle lungo degenza ad interventi rapidi, ambulatoriali, ha fatto sì che ci possono essere persone che hanno difficoltà a muoversi nella struttura. I volontari stessi si sono resi conto che era più utile la loro presenza qui che non nella funziona classica accanto al letto del malato. Anche perché gli ospedali sono sempre più aperti, ci sono orari più ampi per i parenti in ospedale e quindi anche il volontario si è spostato. Al centro c'è sempre la persona, credo, ma si sono spostati come si sono spostati i tempi. (S5.2fg).

L'imboccamento dei pazienti è un esempio perfetto di come il volontario attuale sia consapevole che l'utenza sia cambiata - *Ma adesso non abbiamo proprio più quel tipo di ospiti che recepisce! Sono cambiati gli ospiti...Arrivano più anziani, allattati...certe animazioni che prima facevamo, non possiamo più farli! Una volontaria che è stata qui per 40 anni mi diceva che avevano iniziato ad imboccare e basta... (INT 22)* – e che esistano regole che lo vietano - *L'imboccamento, in teoria sarebbe vietato o fortemente sconsigliato, però la nostra base, la chiamo così, una volta che è stata interpellata, specialmente le volontarie che ci sono da più anni e lo hanno sempre fatto, non vogliono smettere di farlo: è un servizio in più che si sentono di dover dare al malato ... (INT 14)*- ma non riesca ad accettare appieno il cambiamento di paradigma assistenziale. L'appellarsi ad un passato mitico, che, come vedremo più avanti, è spesso sostenuto dall'associazione di cui fa parte, non impedisce una riflessione critica sulla figura di un volontario 2.0, come è stato definito nel corso del focus group, come è emerso grazie alla scelta e alla discussione delle immagini o delle metafore per descrivere il volontariato, in crescendo immaginativo:

Quello che conta nel volontariato è la vicinanza. (...) quindi cosa mi immagino? Mi immagino due persone, quindi non c'è nessuno che ha il camice, un cartellino... che mi fanno un pezzo di strada insieme ...magari prendono un caffè insieme in un luogo per luogo della comunità. (INT 10)

Io prendo il nostro simbolo...prima avevamo anche noi le mani...adesso abbiamo una mano aperta, tutta colorata con delle parole che riguardano la carità perché una mano è aperta a tutti, ai bisognosi, a chi ha delle dipendenze, agli anziani, ai giovani... la mano racchiude proprio tutte le esigenze che ci sono sul territorio (INT 22)

(...) a me piace pensare che costruiamo un tappeto e più intrecci, più il tappeto è solido! Nessuno si appoggierebbe su un tappeto che è un filo ...Cioè io non sono un'equilibrista, non sono capace di starci... poi magari qualcuno sì ma io no... E penso che l'intreccio è l'unica cosa che mi garantisce la solidità e intrecciare tutti ..E quando intreccio io intreccio come singolo e come gruppo, nel senso che intreccio come professionista singolo ma anche come unità di psicologia ma anche come azienda socio sanitaria territoriale ma intreccio anche come ospedaliero e anche come rete territoriale ...e così volontari: intrecciano come volontari, come associazione, come quel gruppo di associazioni di quello specifico settore...e questa complessità seconda va tenuta presente! (INT 21)

Il volontariato in generale, se dovessi disegnarlo adopererei quell'albero che c'è sul mio monitor (...) se lo dovessi disegnare, lo farei come quello: lo vedo così, tutto pieno di foglie, ma proprio tanto con un tronco e delle radici...lo? Potrei essere qualcosa che c'è tra le radici e le foglie...dentro comunque...perché cerco davvero di tenere insieme tante cose, il famoso fare... (INT 1)

(...) pensando a quello che ci dicono le famiglie, una montagna da scalare in cordata, e non si vede la vetta però quando si arriva in cima c'è il sole perché sopra le nuvole c'è sempre il sole! E' un'immagine che va bene per il volontario, ma anche per i familiari: noi camminiamo sempre insieme! (INT 23)

Lo stare vicini, al paziente, ma anche alla sua famiglia e alla comunità tutta, che diventa una mano aperta o più spesso intrecciata con altre, un tappeto, un insieme di rami o una cordata, fatta di persone inevitabilmente legate le une alle altre. Queste quattro immagini sono state proposte nel primo focus group ai volontari e sono emersi due elementi interessanti. Innanzitutto, i più giovani hanno indicato le mani, segno che l'immagine mitica del volontariato assistenziale è ancora molto forte, ma anche che le nuove generazioni sono più entusiaste rispetto alla maggioranza che aveva scelto la cordata in montagna:

(...) mi è subito venuto in mente il lavoro di rete, di collaborazione e coinvolgimento delle persone. Non l'ho vista come una fatica da raggiungere, ma come un lavoro che se fatto insieme può dare dei risultati inaspettati, positivi. (S7.1fg)

In secondo luogo, la scelta della cordata non solo sottolinea la necessità di fare rete, qui simboleggiata da un elemento che tiene unite tutte le parti, ma anche di avere un capo cordata, una persona che faccia da guida e che riesca ad aiutare nel raggiungimento dell'obiettivo. Il ruolo di guida poteva/potrebbe essere svolto dal Forum delle Associazioni di Volontariato Sociosanitario bergamasche che però, a quanto emerso sia nelle interviste che nei focus group, sembra aver perso un po' di mordente:

Nonostante siano iscritte più di 20 associazioni quando fai le convocazioni quasi nessuno si presenta, girano un sacco di documenti, ma forse anche qui...rispetto a 17 anni fa, sulla scorta della 328 e dei tavoli e della formazione dei volontari che dovevano essere presenti ai tavoli, adesso nel tempo le esigenze sono diverse. Abbiamo provato a fare un discorso di rappresentanza...E' necessario un ripensamento all'interno del Forum un ripensamento su cosa significa lavorare in rete, sulle necessità... (S1.2fg)

Per la costruzione di una solida rete è necessario quindi che la riflessione avvenga a livello micro (i volontari), e a livello macro (Forum o enti simili). A livello meso, ovvero tra le associazioni, la riflessione è più impegnativa e si articola su due livelli: *riflettere per sé* e *riflettere con gli altri*. Relativamente al primo punto, molto della riflessione deriva dalla Riforma del Terzo Settore ed in parte, per alcuni attori, da quella sociosanitaria lombarda. Il Centro di Servizio per il Volontariato di Bergamo sembra essere in tal senso una guida interessante per le associazioni che si sono confrontate con i cambiamenti di una riforma infinita a cui mancavano, al momento dell'indagine, i decreti attuativi. Se per le associazioni il tema caldo è sembrato essere il cambiamento di statuto e la gestione della fiscalità, come emerso nelle interviste e nel secondo focus group, per gli istituzionali (prima citazione) e per gli apicali delle associazioni coinvolte nel progetto Bergamo Lab (seconda e terza citazione) la riforma è vista come occasione per riflettere e creare rete:

io credo proprio in un'alleanza e nel creare l'alleanza bisogna ovviamente partire dai fondamenti (...) Bisogna secondo me accompagnarli in questo percorso perché noi lo diamo per scontato, ma non è così facile (...) Noi abbiamo presentato diciamo così la struttura organizzativa, ma abbiamo presentato anche la riforma e ci siamo lasciati con l'idea che questa riforma deve evolvere anche in una cultura condivisa e io ci credo... (INT 6)

(...) se rimaniamo trincerati nel nostro piccolo, non relazionandoci con l'altro, si va molto poco lontano...se ci si attiva, ci si mette in gioco, anche dando un contributo con le proprie capacità, si riesce a vivere appieno, aiutando anche gli altri. E' una cosa fondamentale. Uno magari non si immagina l'esistenza di una rete simile di associazioni, e invece quando uno ci entra dentro, se ne rende conto....(INT 12)

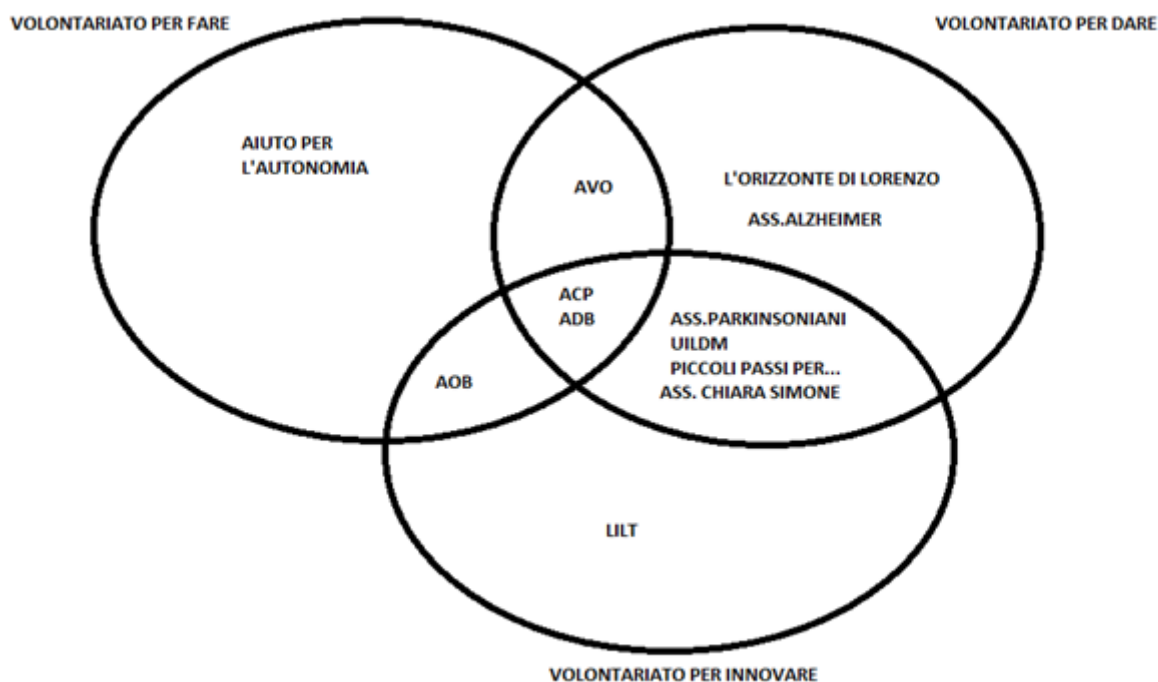
Ha portato già qualcosa, nel senso che fino ad un passato abbastanza recente, vivevamo nel limbo, sapevamo che era in essere, le realtà che sono coordinate in strutture di livello superiore hanno possibilità di conoscenza e di informazione di cui molte altre realtà, ahimè la maggioranza, non possono usufruire, perché non hanno questa rete e avere questa rete vuol dire che molti dei nostri referenti nazionali va a finire che fanno parte di commissioni parlamentari! Riusciamo a portare a casa dei risultati, in altri casi no, e continuiamo a rispolverare tematiche...far passi in avanti...(...) Negli anni abbiamo costruito progetti comuni con gli altri, con un'adesione altrettanto motivata e condivisa, a volte con qualche abbandono...curare il proprio orticello...io credo che gli orticelli siano inevitabili, nel senso che in alcuni casi non deve prevalere una lettura negativa: alcune situazioni sono vincolate ad una logistica, una presenza con numeri nemmeno così eclatanti in una situazione particolare... (INT19)

“Curare il proprio orticello” non significa solo essere autoreferenziali e quindi chiudersi all'interno dei reparti o trincerarsi dietro le patologie, aspetti che, abbiamo visto, generano conflitti latenti. Significa anche e soprattutto che il lavoro di rete è sottovalutato per questioni pratiche – (...) *bisogna spezzare una lancia a difesa delle piccole realtà di volontariato le quali per definizione si basa sulla volontà di poche persone, le quali possono immediatamente comprendere che è giusto portare un pasto al domicilio, ma comprensibilmente chiedersi se sia giusto dedicare tempo a tavoli, luoghi di raccordo, di comunicazione...* (INT 2)- o abbandonato come (ulteriore) elemento di frustrazione, come raccontato da un apicale di un'associazione durante l'intervista:

In linea di massima, se mi chiedono di partecipare, partecipo. Abbiamo fatto per qualche anno un tentativo di mettere in rete le attività di trasporto sociale perché ci sarebbe da risparmiare molto tempo...quando uno va all'ospedale, poi stavo lì due ore aspettavo per portarlo a casa. (...) Se ci si mettesse insieme, uno va, l'altro parto, è un po' più complesso, ma... non siamo riusciti, nonostante tre progetti finanziati anche da Fondazioni! (...) Non si è riusciti...Poi io mi sono stufato, anche perché nel frattempo sono maturate altre cose personalmente...però mi sembrava un progetto interessante per cui ci avevo investito un po'...ma non è mai partito...Adesso sta cercando di partire uno, ma io mi sono tirato fuori... (INT 13)

La difficoltà a collaborare attivamente a progetti tra associazioni è, a nostro parere, derivante dall'eterogeneità delle associazioni, che spesso condividono il fine, ma non i mezzi. In tal senso, ci è sembrato funzionale proporre, alla luce delle interviste realizzate nella prima parte dell'indagine, una classificazione del volontariato sociosanitario che, teniamo a precisare, non è una classifica di associazioni virtuose o meno.

	VOLONTARIATO PER FARE	VOLONTARIATO PER DARE	VOLONTARIATO PER INNOVARE
SERVIZI	Trasporto / Consegna Pasti	Orientamento (in ospedale, verso servizi e diritti)	Ricerca
ASSISTENZA	Imboccamento	Accudimento (compagnia, ascolto,etc)	Cultura



Il *volontariato per fare* è un’elaborazione dell’espressione “volontariato del fare” utilizzata dagli stessi intervistati con diverse sfumature e si riferisce ad una generale tendenza dei volontari a voler essere utili. Si utilizza qui con una connotazione meno emotiva e più pragmatica, proprio per evidenziare la differenza tra il servizio e l’assistenza che il volontariato può fornire. E’ caratterizzato dalla vicinanza con le Istituzioni, alle quali forniscono un servizio e che di fatto mediano il loro rapporto con l’utente. Se è più facile individuare come esempio il servizio di consegna pasti o il trasporto, meno immediato, ma più sentito dai volontari è quello dell’imboccamento, una pratica che, per legge, ora è stata decisamente ridotta se non addirittura eliminata. Nel tentativo di avvicinarsi all’utente grazie alla pratica dell’imboccare non sono mancate le frizioni con i professionisti sanitari e con i loro managers, che hanno trattato con gli apicali di alcune associazioni possibili soluzioni. Dal momento che queste pratiche si caratterizzano come uno ad uno, lo spazio lasciato all’individualità del singolo volontario è ampio e questi sembra essere meno facile al cambiamento. La cristallizzazione di certe pratiche, in ospedale come sul territorio, viene però di fatto appoggiata dalle stesse istituzioni, che riescono così a garantirsi servizi anche di prossimità a costi contenuti.

Il *volontariato per dare*, fermo restando che tutti danno qualcosa nel momento in cui si fa volontariato, è caratterizzato dall’intangibilità della prestazione, alla sua gratuità. Se è vero che la non monetizzazione della prestazione è evidente nel caso dell’accudimento dell’assistito, a letto o sul territorio, più ambigua la situazione del servizio di orientamento svolto in ospedale, che si configura come una vera e propria prestazione professionale, seppur di basso livello. Le altre potenzialità del singolo, oltre alla propensione all’ascolto o all’empatia, non vengono sfruttate appieno in nome della spinta motivazionale del volontario, ancora più evidente nella pratica di orientamento verso diritti o servizi, che sarà messa alla prova quando l’integrazione sociosanitaria sarà completa.

Il *volontariato per innovare*, infine, è un volontariato di azione: promozione della salute, prevenzione sanitaria, spazi di confronto con e per la cittadinanza, creazione di una cultura comune di riferimento sono gli oggetti di questo volontariato che, evidentemente, ha un target universalistico. Raccogliere fondi per la ricerca relativamente al problema di salute focus dell'associazione, non per la sussistenza dell'associazione, è il tipico servizio che un volontariato può svolgere nel corso della sua prestazione gratuita e questo lo rende un volontariato atipico, secondo l'immagine classica di volontariato. In senso lato, creare cultura è assistere non solo il malato, la sua famiglia, ma tutti la cittadinanza, creando opportunità di scambio di conoscenze ed esperienze. Tipicamente le associazioni del *volontariato per innovare* si muovono sugli assi di assistenza e servizi, conquistando un certo ruolo politico tra le associazioni e con le Istituzioni.

Proprio per il ruolo di aggregatore di cittadini attivi, ci è sembrato funzionale al progetto coinvolgere nel primo focus group, come già proposto precedentemente, le associazioni che appartenessero totalmente o in parte al *volontariato per innovare*, più attente a recepire i cambiamenti necessari al volontariato bergamasco. E' emerso che *servirebbe un volontariato basato sulla perdita dell'egocentrismo associativo, che talvolta c'è, che non dimentica l'obiettivo dell'ascolto e del bisogno*(S5-1fg) e che sia riconosciuto dalle Istituzioni; partecipato, anche attraverso nuovi canali social, dalla cittadinanza, ma soprattutto dai giovani; i grado di valorizzare l'esperienza formativa, in ingresso ed in uscita, del volontariato; e che sia collaboratore e collaborativo.

6- QUALE AGORA' POSSIBILE?

L'agorà, in quanto luogo di incontro del cittadino e della cosa pubblica, è *"lo spazio simbolico comune all'interno del quale ha luogo (...) la negoziazione tra i diversi punti di vista, necessariamente eterogenei e conflittuali, e la loro incessante reinclusione in un orizzonte di senso condiviso, capace di trascenderli"* (Doni & Tomelleri, 2011, p.104)¹⁵. Costruire l'agorà del futuro, obiettivo del Progetto Bergamo Lab, è certamente ambizioso, nel momento in cui gli spazi di azione delle associazioni sembrano per lo più circoscritte in una rotonda stradale, nella quale tutti si muovono, ma pochi si incontrano davvero. Nella consapevolezza che questa indagine è solo la prima parte di un progetto più ampio, possiamo proporre degli spunti di riflessione operativi.

In primo luogo, le associazioni hanno bisogno di uno spazio di confronto e incontro, non solo attraverso un documento che presenti le diverse realtà associative del comparto sociosanitario, ma anche e soprattutto attraverso le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Colmare il gap tecnologico esistente tra la vecchia generazione, i volontari, e la nuova, cioè i giovani, non sarà semplice e sicuramente serve un ricambio generazionale. Fermo restando i cambiamenti della società – si va in pensione in età sempre più avanzata, si entra con difficoltà nel precario mondo del lavoro- è necessario intercettare la nuova generazione, al di là dell'alternanza scuola-lavoro o dei singoli progetti formativi, che propongono attività on-off.

In secondo luogo, al centro dell'agorà sembra esserci soprattutto la dimensione generativa del donare il proprio tempo e le proprie idee, ma questo lavoro in cordata e lo scambio con altri volontari e con le nuove generazioni diventa privo di significato se non adeguatamente considerato da una guida che aiuti nel percorso di crescita del volontariato sociosanitario bergamasco. Questa guida potrebbe essere il Centro di Servizio per il Volontariato di Bergamo, un rinnovato Forum delle Associazioni di Volontariato Sociosanitario bergamasche o anche una delle associazioni del *volontariato per innovare*. A costoro, tuttavia, sembra toccare già il gravoso compito di pungolare le altre associazioni che, motivi contingenti o istitutivi, sembrano essere poco attente al cambiamento necessario in corso.

¹⁵ Doni M. & Tomelleri S. (2011), Giochi Sociologici. Conflitto, cultura, immaginazione, Raffaello Cortina Editore, Milano

Dal punto di vista teorico, ci sembra di poter affermare che esista una posizione alternativa e complementare alla visione utilitaristica e a quella burocratizzata del volontariato. Se il *volontariato per fare* è più vicino al modello di Titmuss e il *volontariato per dare* alla proposta di Godbout, il *volontariato per innovare* si caratterizza come una proposta conciliante, che tiene conto sia della dimensione astratta e pura di un volontariato solidale sia della dimensione concreta e welfarista di un volontariato sussidiario e di promozione sociale. Restano in ogni caso alcuni nodi che vanno quanto meno esplicitati, come altrettante piste di lavoro che si potranno sviluppare.

Innanzitutto, il genere. Come in tutti gli ambiti della vita sociale, anche nel volontariato si pone una questione riguardo al genere: quanto sono valorizzate le donne e quanto si dà per scontata la presenza femminile nei contesti di cura. A partire dal lavoro domestico, le donne sono più esposte degli uomini alle procedure di ingaggio silente nel volontariato, ai limiti dello sfruttamento, violando pertanto quella che è la base vitale del legame sociale, come abbiamo visto. È molto facile scadere in prese di posizione ideologiche o in geremiadi sterili, tuttavia è un fatto che prima o poi occorrerà affrontare con la dovuta serietà e onestà intellettuale.

In secondo luogo, l'età. Uno dei problemi più evidenti e urgenti che emergono quando si esamina il volontariato è la fatica nel ricambio generazionale. Si tratta di un problema epocale e immenso. L'emergere del problema dell'età collega la figura del volontario alla parte vulnerabile del legame sociale. La precarizzazione del lavoro e la frammentazione della società in virtù dei sistemi neoliberali, fa sì che la suddivisione tra tempo occupato (e retribuito) e tempo libero (eventualmente da "donare") si sia spezzata. Il tempo di lavoro è sempre più spalmato lungo le 24 ore. I giovani vivono nell'ansia del lavoro che manca o nell'ossessione del lavoro che non finisce mai. Trasformati in puro valore di scambio, si sentono infinitamente sostituibili e mercificati; in quanto tali, faticano molto più dei loro genitori e dei loro nonni a sentirsi realmente utili. Sta alle istituzioni educative presidiare questo passaggio d'epoca inedito, per molti versi arduo e inquietante, in cui la società invecchia e l'incomunicabilità generazionale raggiunge il parossismo.

Infine, la formazione. Abbiamo detto più volte che la parte viva della società è il volontario, nel senso che è il legame meno esigibile, quello che si mette in atto senza costruire un meccanismo di profitto, per lo meno non in termini di contabilità. Ora, se questo è vero, è anche vero che nel quadro sociale complessivo, anche in relazione ai cambiamenti normativi, istituzionali, storici ecc., il volontario non può più essere "pura solidarietà". Specializzandosi i contesti di cura della persona, si deve specializzare anche il volontario. In questa situazione si configura una presenza dinamica e gratuita, da una parte, ma informata e specializzata dall'altra. È chiaro che in questo modo si rischia di appesantire e addirittura snaturare un ambito che per sua vocazione dovrebbe essere slegato da esigenze particolari di aggiornamento. Ma oggi, crediamo, nessuno può sentirsi esentato dallo stare al passo con i tempi. L'innovazione è talmente sfrenata che non si può immaginare di poterla dominare, ma non possiamo nemmeno pretendere di vivere al di fuori di questa corrente. Aggiornare e formare il volontario è una sfida interessante nell'equilibrio tra gratuità e impegno.