

## Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità\*

Franco Riboldi\*\*

**SOMMARIO:** 1. Cambio di prospettiva e valori guida. – 2. La scommessa parte da una ipotesi organizzativa ministeriale: la Casa della Salute. – 3. Dal Manifesto “salute bene comune” al confronto guidato di alcune esperienze nazionali. – 4. Dagli obiettivi ai primi risultati: in cammino verso la valutazione e la documentazione

### 1. Cambio di prospettiva e valori guida

Studi internazionali accreditati ci danno una stima dell’impatto di alcuni fattori sulla salute/benessere delle persone e delle comunità, individuando come le dimensioni socio-economiche e gli stili di vita contribuiscano per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell’ambiente per il 20-30%, l’eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%. Ci si potrebbe addentrare in questa distinzione e sottolineare quanto sia importante la conoscenza e la riappropriazione da parte dei singoli e delle collettività di un disegno sociale in grado di orientare l’insieme delle variabili che influenzano la salute. E di come per certi versi sia da ricondurre il tutto ad una questione di conoscenza (come del resto sottolinea l’Europa nella sua strategia formulata a Lisbona nel 2000). Le diverse dimensioni non sono separabili, aldilà dei contributi specifici, ciò che diventa cruciale sono le connessioni tra le

\* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. L’articolo è frutto della rielaborazione dell’intervento dell’Autore al XVI Convegno nazionale di Diritto sanitario dedicato a “Il diritto sanitario e sociosanitario a quarant’anni dalla legge 833”, organizzato il 29 e 30 novembre 2018 ad Alessandria dal CEIMS (Centro d’Eccellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario dell’Università del Piemonte Orientale) e dalla SoDiS-Società italiana di Diritto sanitario.

\*\* Responsabile del gruppo interregionale di volontari della Fondazione Casa della Carità.

diverse parti. Le politiche di welfare, inteso nella sua accezione di risorsa della comunità, si traducono in esercizio democratico delle forme del vivere collettivo; non sono separabili e non si possono identificare con l'una o con l'altra delle azioni che contribuiscono al benessere.

La convinzione è che la salute sia il risultato di diversi contributi e della partecipazione consapevole delle persone al progetto sociale. La crisi del welfare è crisi di connessioni, di visione e di progettualità che scaturisce da valori socialmente condivisi: questa crisi ha prodotto distanze, separazioni, perdita di senso del vivere collettivo, dell'essere comunità. Non è solo e, forse, non è tanto carenza di risorse quanto spreco, incapacità di cogliere le risorse del sistema sociale, di metterle in rete proponendo una nuova dimensione di comunità come bene comune di cui ognuno è responsabile e soggetto protagonista.

Da qui discendono i valori guida su cui, dal basso, un gruppo di cittadini si è incontrato, confrontato al punto da dividerne contenuti e traduzioni nella pratica:

- Persona: concepita come *unicum*, irripetibile, con la quale, in quanto professionisti, si entra in relazione partendo dal *chi è* e non dal *che cosa ha*, che rimane titolare del proprio progetto di salute.
- Da questa idea di persona scaturisce una necessaria diversa concezione della relazione che ha cura, che diventa innanzitutto una relazione paritetica, forte della possibilità di mettere in comune diversità di risorse, attese, valori e bisogni. Il servizio che ne scaturisce non è tanto quello che il professionista fornisce, ma diventa l'esito della relazione, dove le competenze di ognuno si compenetrano e si arricchiscono.
- Salute: intesa come condizione dinamica, progetto perseguito, creato e vissuto dalle persone negli ambienti in cui vivono la vita di tutti i giorni; dove imparano, lavorano, giocano e amano. Dove la condizione globale della persona evidenzia le connessioni necessarie tra aspetti individuali, fisici, sociali, economici, relazionali, psicologici, affettivi e spirituali. La salute in questa accezione diventa un bene comune, qualcosa che è parte della comunità, la ragione stessa dell'essere comunità.
- Comunità: l'insieme delle relazioni di reciprocità che in essa instauriamo e che ci "rassicurano" perché "... in una comunità possiamo contare sulla benevolenza di tutti. ... Aiutarci reciprocamente è un nostro puro e semplice dovere, così come è un nostro puro e semplice diritto aspettarci che l'aiuto richiesto non mancherà". Ci si presenta l'opportunità di sostenere che la salute non può avere un luogo, essendo uno "status" derivante dal convergere di azioni diverse, educative, culturali, sociali, sanitarie, ambientali, di giustizia sociale e di equità nella distribuzione del reddito.
- Welfare: la salute così intesa, cioè bene comune e ragion d'essere della comunità, ha il suo fondamento nel sistema di "welfare" che ogni comunità si dà, come strumento ed evidenza di democrazia. Il "welfare" non è un costo quanto un investimento complessivo della comunità, un insieme di regole, di forme concrete di relazione basate sull'uguaglianza e la reciprocità, un orientamento delle risorse per garantirne l'effettiva pratica sociale.

## 2. La scommessa parte da una ipotesi organizzativa ministeriale: la Casa della Salute

Nel 2007, il Ministro Livia Turco, riprendendo una idea dell'Assessore della regione Toscana Bruno Benigni, ha lanciato l'idea della Casa della Salute, come strumento di riorganizzazione delle Cure Primarie ma più in generale come “la sede pubblica in cui la Comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale e dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione” (B. Benigni).

La proposta, contenuta nel Decreto Ministero della Salute 10 luglio 2007, attuativo della Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007), con Ministro Livia Turco, prevedeva la possibilità della “sperimentazione del modello assistenziale Case della Salute” (Allegato A al Decreto).

Alcune Regioni hanno nel tempo, seppure in modo diverso dalle indicazioni nazionali, messo in atto, prima in via sperimentale e poi, in alcune realtà, in via definitiva, modelli organizzativi di aggregazione funzionale che riguardano l'assistenza primaria, nonché la continuità assistenziale e il coinvolgimento di differenti professionalità. Anche se in alcuni casi hanno preso denominazioni diverse, si tratta sostanzialmente di Centri Sanitari Polifunzionali.

La proposta evidenzia come servano connessioni; la Casa della Salute nasce come una sollecitazione in tal senso, anche se rimane forse ancorata ad una visione parziale del Welfare proponendo di mettere in connessione soltanto sanità e sociale

Ma la salute ha uno spettro più ampio, abbraccia tutte le dimensioni del vivere sociale e un sistema di welfare è sostanzialmente la forma storica con cui una comunità concretizza la propria idea di democrazia.

Qui preme sottolineare che la salute non è appannaggio di alcuna Istituzione, ma è una “costruzione sociale” che si identifica con l'idea stessa di welfare. La scommessa è che i luoghi dell'educazione/formazione, i luoghi della gestione del territorio, i luoghi della cultura, quelli del vivere civile, quelli della cura delle malattie e del disagio, i luoghi della produzione – per fare degli esempi – siano considerati, tutti, luoghi della salute.

La denominazione più appropriata potrebbe essere quella di “Casa della Comunità” intesa come luogo della relazione, dello scambio, della sintesi, il “luogo dei luoghi” in cui “oltre” le etnie, la religione, la lingua, le esperienze storiche e i “mandati” formali, ci si ritrova per costruire le condizioni del vivere e della salute/benessere dove, cioè, si concretizza la “voglia di comunità”.

Non si pensa tanto a un luogo fisico “onnicomprensivo”, ma a qualcosa che sappia interconnettere esperienze, costruisca opportunità di scambio, apra orizzonti nuovi e diversi da quelli che le singole parti possono, anche con la massima buona volontà, mettere in campo.

È il “luogo dei luoghi” che dà legittimità e senso all'intera vita comunitaria. Può essere anche la “casa della salute” che l'Istituzione sanitaria sta costruendo, ma immaginandosi a

due livelli, quello del suo contributo (in termini di servizi sanitari e sociosanitari) e quello della voce della comunità e delle persone che la abitano.

Immaginare un “luogo unico” è quasi impossibile, per la complessità dei problemi, per la ricchezza delle esperienze sociali a ogni livello, per un bisogno profondo di libertà che coinvolge percorsi diversi di ricerca di protagonismo sociale.

Quello cui si vuole arrivare, è un luogo che:

- garantisca la relazione e la valorizzazione di tutti i contributi, delle persone e delle diverse esperienze. È il luogo cioè in cui ognuno “si sente a casa”, contribuisce al progetto e presidia il cammino;
- favorisca, ricerchi e solleciti lo scambio, il confronto tra punti di vista, tra segmenti diversi della vita comunitaria come condizione per il progetto sociale comune.
- dia voce alle differenze, come ricchezza presente nelle diverse comunità, (perché non esistono sguardi oggettivi e privilegiati sulla realtà e non esistono a priori soluzioni assolute ai problemi) e sappia ricomporre i diversi frammenti che possono contribuire al benessere di una comunità.

In quest’ottica diventa cruciale un orientamento non formale alla gestione sociale del sistema salute della comunità, che rispetti lo specifico di ogni contributo ma nello stesso tempo garantisca le necessarie connessioni per arrivare allo scambio di informazioni, alla progettualità comune, conseguente ad una analisi condivisa dei problemi e delle risorse, alla costruzione di percorsi integrati in modo da “avere cura” della persona e della comunità e non solo erogare prestazioni, alla valutazione dei risultati che sono per un verso risultati di offerta ma, soprattutto, esiti sul benessere sociale che è anche conoscenza, consapevolezza critica e partecipazione.

È questa la sfida della politica, del governo cioè della “polis”, quella, come recita il Manifesto – messo a punto dai promotori e qui allegato – al punto 10, che ha il bene comune come primario riferimento della propria azione, partendo dai diritti dei più vulnerabili senza distinzioni di etnia, censo, genere, livello di istruzione.

La Casa della Salute diventa metafora di questo impegno diffuso, guidato dall’Ente locale, offrendo una opportunità per concretizzare l’incontro, lo scambio, la progettualità e il presidio permanente della vita collettiva. Significa trasformare la comunità che così si caratterizza per la pratica della solidarietà, per una responsabilità diffusa dove ognuno è parte attiva di un progetto di Welfare che sia democrazia e reciprocità. Anche perché la politica è in primo luogo quella dei cittadini che si impegnano per la garanzia di tutti i beni comuni come condizione per il benessere individuale e collettivo.

Se volessimo tracciare una carta di identità della casa della salute si potrebbe pensare a questi nove attributi che la caratterizzano:

Attributi	Specificazione
Collegata alla comunità, interprete dinamica della sua identità	Le comunità si appoggiano ad Istituzioni specifiche come risorsa per affrontare i problemi di salute/benessere. Diventano aspetti del vivere sociale, della democrazia e del welfare ... come non perdendo di vista il contesto che le legittima e le anima.
In continua ricerca e sperimentazione	In sintonia con la vita sociale evolvono e contribuiscono a migliorare la qualità della vita /benessere della collettività. Le routine prestazionali sono mortifere e delegittimano le Istituzioni
Inclusiva.	Se la salute è il disegno del benessere della comunità e delle persone che la abitano, nessuna istituzione è autosufficiente, ma ha bisogno dell'intero contesto. Inclusiva perché capace e attrezzata culturalmente e strutturalmente per accogliere, ma ancora prima per riconoscere il valore fondamentale delle differenze come elemento unificante
Aperta	Ritorna la questione della salute come progetto sociale. La casa della salute dovrebbe saper rendere visibili, condivisibili, evitabili tutte le situazioni di assenza di cittadinanza: per marginalità, esclusione, solitudine, povertà, malattie: elementi questi che tolgono autonomia, riducono la libertà e la capacità di essere protagonisti.
Diffusa e Interconnessa.	La Casa della Salute non può essere tout court un luogo: dovunque nella comunità si realizza il disegno di salute. Chi oggi introduce il tema salute nella sua accezione globale di benessere (OMS) rileva la necessità di interconnettere 12 dimensioni diverse per tale benessere (ambiente, salute fisica, psichica e spirituale, benessere economico, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione tempi di vita, relazioni sociali, sicurezza, benessere soggettivo).
Relazionale	Implica riduzione delle asimmetrie tra le parti, pariteticità, reciprocità e alleanza attorno a valori comuni. La relazionalità va oltre la logica della sussidiarietà perché riconosce l'unitarietà del disegno sociale e responsabilizza tutti gli attori sociali.
Globale	Nelle logiche della complessità dove le parti comprendono il tutto e il tutto non è la somma della singole parti, occorre costruire una mappa dei bisogni e delle risorse della comunità e immaginare che le risorse della Comunità (dal Capitale Sociale, alle Strutture, alle risorse economiche e umane ...) siano sullo stesso tavolo e la loro "distribuzione" sia legata alle priorità e ad un uso integrato delle stesse.
In ascolto onesto	Aprire le porte alla comunità comporta scoprirsi vulnerabili, scoprire che si ha bisogno del contributo di tutti, che non si è in grado di fare tutto. Allora l'idea di un patto sociale che definisca le risorse in campo e le priorità diventa ineludibile come premessa per ripensare al ruolo di ognuno rispetto al disegno di salute.
Con una "logistica" trasversale alla società	Nel tempo la Casa della Salute dovrebbe poter essere riconosciuta come punto di sintesi della complessa rete delle risorse della comunità.
A gestione sociale	Tutte le rappresentanze sociali sono attivate e la direzione (ovviamente non degli aspetti tecnici dei servizi e delle diverse componenti istituzionali che sono di norma anche collocate in punti diversi del territorio) può essere garantita attraverso forme elettive previa definizione dei requisiti per la funzione. La partecipazione è in questo senso anche "controllo" delle coerenze sociali di sistema

### 3. Dal Manifesto “salute bene comune” al confronto guidato di alcune esperienze nazionali

Nel corso del 2013 e nella prima metà del 2014 un gruppo di professionisti dei servizi alla persona, di docenti universitari e di responsabili di Istituzioni sanitarie – su iniziativa di due Fondazioni che da anni si dedicano ai temi del welfare di comunità – ha approfondito e condiviso le tematiche della salute come progetto sociale arrivando a formulare il “Manifesto salute bene comune- per una autentica casa della salute” orientando il lavoro in tre direzioni: quella dell’approfondimento delle basi scientifiche del tema, quello della ricerca di scambio e confronto sulle buone pratiche, quello della sperimentazione concreta di percorsi di innovazione possibili partendo dalla realtà sociale.

Si è andato delineando negli ultimi due anni un gruppo interregionale con la presenza di esperienze diverse per origine istituzionale, per livello di radicamento sociale e per tipo di governance, per processi avviati e per storie organizzative.

- Bologna
- Ferrara
- Parma
- Catanzaro
- Reggio Emilia
- Milano

Queste sono le sei realtà che hanno iniziato a misurarsi direttamente sugli obiettivi e sulle modalità di lavoro condivise. Nel Corso del 2016 è entrata nel gruppo una settima esperienza, quella di Torbellamonaca (Roma 2). Altre esperienze, per situazioni contingenti non sono rappresentate ma comunque lavorano con gli obiettivi e i valori condivisi nel gruppo di cui sono parte importante (richiamiamo la Fondazione Santa Clelia Barbieri dell’Appennino bolognese che è tra l’altro una delle due Fondazioni che ha accompagnato la stesura del Manifesto, e la Cooperativa SAD di Trento o anche Carbonia Iglesias ora in fase di revisione Istituzionale).

L’impegno del gruppo si è orientato da subito a ricercare elementi sui quali costruire racconti delle esperienze, documentazione dei risultati (anche parziali) raggiunti, immaginare tracce comuni attraverso cui identificare una Casa della Salute con le caratteristiche di Casa della Comunità.

Ci sono due risultati del gruppo che possono essere convincenti:

- 1) una traccia di lavoro che dovrebbe accompagnare le scelte professionali e organizzative di tutti i soggetti (istituzionali e non) nell’accogliere, contestualizzare, approfondire bisogni e risorse, costruire percorsi partecipati di cura e accompagnare le persone nel loro ritorno alla vita ordinaria. Ne è scaturita una mappa per orientare e dare un senso al fare di ciascuno, utilizzando parole chiave importanti come alleanze, continuità, consapevolezza, partecipazione, creatività. Ne è nata una griglia di lavoro (che è stata chiamata “*Possibile percorso per guidare la riflessione e l’accompagnamento di esperienze orientate alla costruzione di “Case della Salute/Case della Comunità”*”) con

l'intento dichiarato di offrire a tutti i soggetti un percorso con cinque azioni base a sostegno del lavoro che ha cura della salute/benessere (lettura del contesto, accoglienza, valutazione dei problemi e delle risorse in campo, il percorso della relazione che ha cura, il presidio dell'autonomia raggiunta). Accanto a queste cinque tappe, che per noi fondano il lavoro di cura, abbiamo posto due traccianti guida: quello della sostenibilità sociale e quello della partecipazione.

	<b>Tappe</b>	<b>Significato</b>
Tappe e contenuti di ogni lavoro "che ha cura"	Conoscenza del contesto	È la disponibilità per tutti (cittadini e Istituzioni) della conoscenza e dell'accesso al capitale sociale (valori, storie e relazioni, risorse, problemi) il cui utilizzo è il risultato di un'alleanza tra tutti nella logica della valorizzazione dei talenti della comunità.
	Accoglienza	Andare verso le persone, cercarle e farle sentire parte e non solo utenti. Ognuno si sente a casa sua e non importa da dove inizia questo cammino. Il Punto Unico di Accoglienza è una risorsa diffusa del contesto sociale.
	Valutazione dei problemi e individuazione delle soluzioni	È l'insieme delle competenze e delle opportunità del contesto che entrano a definire cosa può e deve essere messo in atto a sostegno del progetto di salute della persona e del gruppo sociale. Bisogna evitare lo sguardo parziale del mandato istituzionale, bensì osservare e agire in una logica "multicentrica" (professionale e istituzionale)
	Il percorso della "relazione che ha cura"	Evitare il rischio della parzialità degli sguardi va di pari passo con la necessità di accompagnare la persona nella ricerca di soluzioni adeguate. Riconoscere che una relazione che ha cura non può esaurire il suo mandato con il fare bene la propria parte ma richiede la costruzione delle connessioni per un disegno di sistema /persona/comunità contribuendo ad attivare tutte le potenzialità/opportunità del contesto
	L'autonomia raggiunta (che "comprende", superando dimissioni e follow-up)	Si sposta il "fuoco" dall'Istituzione alla persona e si pone l'accento sulla "unicità" della storia di ognuno che non può essere letta come sommatoria di eventi. In fondo è "la domiciliarità" che viene ribadita, nella sua accezione ampia di esperienza comunitaria e le Istituzioni rappresentano contributi fondamentali, ma pur sempre contributi, nell'evoluzione della storia naturale della salute/malattia.
Traccianti comuni	Garanzia di sostenibilità sociale	Sostenibilità sociale come sineddoche di una visione complessiva del vivere collettivo: economia, relazioni, efficacia organizzativa, sviluppo della partecipazione come valore che realizza pienamente la persona, coesione sociale e sviluppo del capitale sociale basato sulla reciprocità e sul riconoscimento del valore delle differenze. È condizione e priorità per la garanzia del sistema di welfare.
	Partecipazione sociale	"Esserci e condividere" sono i passaggi cruciali della partecipazione, passaggi che ci portano alla reciprocità, al calore della relazione non formale e quindi al superamento della dimensione puntuale, legata a interessi immediati, a logiche strumentali. È una provocazione sociale continua perché non si accontenta di rappresentarsi socialmente ma vuole scegliere tra alternative, costruisce percorsi, contribuisce alle soluzioni

- 2) Il secondo risultato condiviso è stato la definizione di sei macro obiettivi e relative azioni di sistema come possibili aree di confronto tra le esperienze presenti nel gruppo e di incontro con altre esperienze.

Nessuna pretesa di omologazione, come detto, ma alcuni traccianti di lavoro dovrebbero permettere di analizzare/valutare il lavoro e individuare le coerenze possibili con i valori che fondano l'idea/progetto di casa della salute/casa della comunità.

Partendo da questi si è provato a dare una prima mappa di possibili indicatori che, rispettando le specificità, possano favorire un cammino, dandone evidenza attraverso elementi anche innovativi. È indubbio infatti che sia necessario ricostruire anche nuovi percorsi di valutazione, orientando la stessa verso viste che da una parte sollecitino i professionisti a investire dando loro evidenza di senso al lavoro quotidiano e dall'altra ricercare le connessioni con il progetto di salute della comunità.

Quello che ci sembra oggi invece vincente è forse la dimensione autoreferenziale che si avviluppa sulle questioni gestionali e di equilibrio di budget attraverso la rappresentazione di ciò che si è fatto piuttosto che di ciò che potrebbe essere utile alla qualità della vita delle persone e della comunità, dove le cose fatte sono il contributo e non il risultato.

Viene da recuperare una puntuale definizione di Richard Normann che dice che “le organizzazioni vanno misurate non tanto su ciò che fanno ma sulla loro capacità di creare le condizioni per il successo delle finalità per cui sono state originate: in primo luogo favorire relazioni significative tra i diversi interlocutori sociali e professionali che le definiscono”.

Obiettivi	Azione
Andare verso	Far emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza
Cercare chi non arriva	Porre in essere azioni preventive, curative e sociali che raggiungano fisicamente le persone ad alto rischio di vulnerabilità
Sviluppare una visione condivisa di salute	Promuovere la realizzazione di interazioni di conoscenza, di collaborazione, di attività (progettuali) con la comunità e le sue Istituzioni formali e informali
Rendere operativa la sostenibilità tecnica, sociale ed economica	Realizzare strumenti per la gestione e la rendicontazione delle risorse attivate a livello di ciascuna Casa della Salute
Favorire il protagonismo della persona	Sviluppare percorsi di salute, diritti, inclusione sociale nella relazione che ha cura
Favorire il protagonismo della comunità	Dotarsi di strumenti formali e sostanziali di partecipazione dei cittadini nei momenti decisionali, di erogazione dei servizi e nella valutazione dei risultati

#### 4. Dagli obiettivi ai primi risultati: in cammino verso la valutazione e la documentazione

Gli obiettivi che sono stati condivisi rappresentano “la carta di identità” di una Casa della salute/Casa della Comunità come è concepita nel Manifesto e pertanto essi diventano anche gli elementi sui quali impostare valutazioni e documentazioni.

Serve però chiarire due aspetti che stanno accompagnando lo sforzo di costruzione di traccianti/indicatori/misure per la valutazione, per evitare equivoci e soprattutto per dare un senso alla valutazione stessa.

Innanzitutto, va precisato che cosa si intende per valutazione. Coerentemente con una idea di salute bene comune si vorrebbe che questa concezione fosse al centro del percorso valutativo; certo è importante anche presidiare i contributi di ogni singola istituzione e documentare efficienza e produttività. Ciò rappresenta comunque un aspetto strumentale che poco dice su come “cambiano le condizioni di salute della persona e della comunità”, sull’efficacia complessiva del contributo specifico e delle connessioni che questo ha con il contesto in cui viene proposto.

Si vorrebbe dare un significato diverso alla valutazione: connettere tra loro i diversi aspetti dell’agire sociale e organizzativo e fornire elementi di comprensione dei fenomeni che influenzano la salute/malattia/benessere della comunità.

Questo aspetto peraltro avrebbe un effetto importante sui diversi attori professionali e sociali in quanto rappresenterebbe il senso profondo dell’azione specifica, motivandone impegno e partecipazione. Ci si è interrogati sostanzialmente sui diversi interlocutori della valutazione mettendo in collegamento tra loro le Istituzioni, la comunità e i professionisti. Per questi ultimi in particolare sarebbe interessante costruire mappe e contributi in funzione di valori guida che permettano loro di cogliersi non tanto come prestatori d’opera soltanto, ma come protagonisti di un disegno sociale di salute, nella sua accezione di benessere globale.

Il secondo aspetto attiene a come affrontare il cammino che si è iniziato, consapevoli che la strada è lunga, complicata anche, certamente complessa. Sembra importante in questa fase partire dagli obiettivi/identità della Casa della Salute/Casa della Comunità, e cogliere frammenti di esperienze che diano evidenza della fattibilità di un cammino diverso, dove anche le risorse si ridefiniscono sulla base di progettualità condivise, aperte a tutte le istanze sociali.

Con un’attenzione a indicatori ad ampio spettro che facciano luce sugli aspetti di struttura e di esito oltre che su elementi di processo, che saranno comunque parte del monitoraggio istituzionale ma che più di altri rischiano di fissarsi sullo specifico di ogni mandato e quindi poco rappresentativi di dinamiche sociali, ampie, ricche di sfumature e a volte scarsamente rappresentabili con numeri e cifre. Ricordando quello che dice Einstein, giocando sul verbo “contare”: “non è detto che tutto ciò che si può contare sia ciò che conta davvero mentre ciò che conta non sempre può essere contato”.

