



Tessere la Salute Meglio solidali che solitari

REPORT DI VALUTAZIONE FINALE

di Eleonora Rossero e Alessia Borromeo

Realizzato per



In partnership con



Tessere la Salute

Meglio solidali che solitari

REPORT DI VALUTAZIONE FINALE

di Eleonora Rossero e Alessia Borromeo

Realizzato per



In partnership con



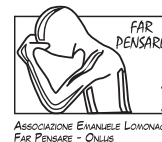
COMUNE DI
OCCHIEPPO
INFERIORE



COMUNE DI
VALDILANA



COMUNE DI
RONCO BIELLESE



Con il sostegno economico di



Fondazione Zegna



Banca Simetica



Fondazione
Cassa di Risparmio di Biella



REGIONE
PIEMONTE

© Percorsi di secondo welfare 2025

ISBN: 9791280161468

Studi P2W

www.secondowelfare.it • info@secondowelfare.it

Milano, novembre 2025

Percorsi di Secondo Welfare è un Laboratorio di trasformazione sociale che progetta e realizza percorsi che garantiscono risultati concreti a sostegno dell'evoluzione del welfare italiano. Impresa sociale diventata punto di riferimento per l'innovazione delle politiche sociali in Italia, è una realtà affermata che riunisce professioniste e professionisti con competenze trasversali per affrontare i cambiamenti in atto nel nostro sistema di welfare. Attraverso attività di ricerca, formazione, comunicazione e consulenza e accompagnamento strategico, genera e condivide conoscenze per supportare enti pubblici, istituzioni, imprese e organizzazioni del Terzo Settore nella progettazione di soluzioni di protezione sociale efficaci e sostenibili. Da sempre legato all'Università degli Studi di Milano, dove è nato nel 2011 come progetto di ricerca, Percorsi di Secondo Welfare è un Laboratorio riconosciuto del Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche.

Autrici

Eleonora Rossero è ricercatrice presso il Laboratorio di Percorsi di Secondo Welfare dal 2023, dove si occupa in particolar modo di tematiche inerenti la disabilità e la salute mentale. Nel 2021 ha conseguito il Dottorato in Sociologia e Metodologia della Ricerca Sociale interateneo presso l'Università di Torino e l'Università di Milano. Dopo aver collaborato come ricercatrice post-doc presso il Laboratorio dei Diritti Fondamentali (Collegio Carlo Alberto di Torino), sul tema delle tecnologie di Intelligenza Artificiale e del loro impatto sul rapporto medico-paziente, ha lavorato nel Terzo Settore nei campi della ricerca e dell'accompagnamento metodologico. Attualmente, oltre a Percorsi di secondo welfare, collabora con l'Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche (ASVAPP, Torino) e con altri soggetti impegnati negli ambiti della valutazione e della progettazione sociale.

Alessia Borromeo è ricercatrice junior presso il Laboratorio di Percorsi di Secondo Welfare dal 2025. Nel 2024, ha conseguito una doppia laurea magistrale in Labor Studies and Social Policy presso l'Università degli Studi di Milano e l'Universität Bremen, con una tesi sui bisogni sanitari delle donne migranti vulnerabili e il ruolo delle ONG al confine italo-francese. I suoi principali interessi accademici includono sanità, migrazioni e innovazione sociale. Tra le diverse attività svolte presso il Laboratorio P2W, ha contribuito alla redazione del report "Quando la cultura incontra le comunità" realizzato in collaborazione con SRM.

Indice

Executive Summary	6
Introduzione	8
1. Origini e presupposti teorici del progetto	10
1.1. Intrecciare legami, generare salute	10
1.2. Dalla cura alla relazione: le comunità che producono salute	12
1.3. Capitale sociale, prossimità e benessere collettivo	13
1.4. Un nuovo paradigma territoriale: corresponsabilità e governance di comunità	14
1.5. “Tessere la Salute”: origini della sperimentazione biellese	15
2. Dalla formazione alla valutazione: la metodologia	22
2.1 Quattro fasi di lavoro: un percorso condiviso e partecipato	22
3. L’implementazione del progetto: analisi dei dati di monitoraggio	30
3.1 L’utenza che si è rivolta ai PRESS	30
3.2 Registro delle attività	36
3.2.1 Attività territoriali	36
3.2.2 Attività inter-territoriale e di governance	38
3.3 Indicatori comuni e territoriali	39
4. L’implementazione del progetto: una valutazione qualitativa	44
4.1 Tra disegno iniziale e implementazione reale	45
4.1.1 Nascita e sviluppo dei tavoli territoriali periodici	46
4.1.2 Il ruolo dei PRESS	52
4.1.3 Lavoro di comunità e figure di prossimità	55
4.1.4 Mappatura e coordinamento delle risorse	57
4.2 Oltre la sperimentazione: prospettive sul futuro dell’esperienza	60
4.2.1 Eredità tra aspettative e speranze	61
Fattori facilitanti e ostacolanti	62
Cosa rischia di “perdersi”?	63
5. Riflessioni conclusive	64
5.1 Le condizioni fondamentali	64
5.2 Dalla sperimentazione alla routine: sostenibilità e replicabilità	65
5.3 Il valore trasformativo del capitale relazionale	66
Vademecum - Per lo sviluppo di una salute di comunità	68
Riferimenti bibliografici	69

Executive Summary

- Il presente Rapporto è il risultato dell'attività di valutazione del progetto sperimentale *"Tessere la Salute. Meglio solidali che solitari"*, realizzata dal Laboratorio Percorsi di secondo welfare su incarico del Comitato Promotore e del partenariato del progetto. La sperimentazione - implementata nei Comuni biellesi di Valdilana, Ronco Biellese e Occhieppo Inferiore - ha perseguito l'obiettivo di costituire e consolidare una rete locale multistakeholder intorno ai temi della salute collaborativa e del benessere, al fine di sperimentare un nuovo modello di welfare di comunità.
- Il Rapporto descrive il contesto, le premesse teoriche (come il welfare generativo e i determinanti sociali della salute), e gli obiettivi originari del progetto, evidenziando le evoluzioni che, attraverso il percorso di coprogettazione, hanno dato forma alla sua implementazione. Successivamente, illustra la metodologia di monitoraggio e valutazione adottata e i principali risultati.
- I dati di monitoraggio (aggiornati a settembre 2025) evidenziano un notevole investimento in attività territoriali (circa il 75% del monte ore totale pari a 583 ore), a dimostrazione di una strategia basata sulla presenza di prossimità. Un risultato preliminare di grande rilevanza è l'intercettazione di un'utenza "scoperta": l'83% degli utenti che si sono rivolti ai PReSS (Punti di Rete Socio-Sanitaria) non era in carico ai servizi sociali e l'80% non si era rivolto ad altri servizi per il bisogno specifico manifestato. Lo sportello PReSS ha agito come porta di accesso relazionale, collegando persone e opportunità.
- La valutazione qualitativa ha confermato che il perno del progetto è consistito nel lavoro di comunità e nella tessitura di relazioni (modello *bottom-up*). L'importanza strategica dei Tavoli territoriali — luoghi di incontro periodico per co-progettare soluzioni con i soggetti locali — è stata unanimemente riconosciuta da tutti gli attori e, nei tre Comuni, sono state adottate delibere formali per la loro permanenza oltre la sperimentazione.
- Il successo del progetto è attribuibile alla flessibilità del Comitato Promotore nell'adattare il disegno iniziale (incentrato su sportelli e lavoro di comunità) e alla creazione di figure di prossimità (come gli "apriporta" a Valdilana o i rappresentanti frazionali a Ronco), che hanno moltiplicato e potranno ulteriormente diffondere nella comunità le energie catalizzate dal progetto e, in particolare, da operatori e operatrici di comunità.
- Tuttavia, la sostenibilità futura sembra vincolata a condizioni imprescindibili: in primo luogo, la continuità della figura del facilitatore professionale o di un operatore/trice

di comunità, ritenuto indispensabile per la manutenzione della rete e per superare le resistenze culturali e l'autoreferenzialità di alcuni attori. Si riscontra, inoltre, la necessità di un sostegno economico e di un impegno istituzionale continuativo che vincoli anche le future amministrazioni.

- Il Rapporto, in conclusione, modella il processo di *Tessere la Salute* per la sua replicabilità in altri contesti, offrendo un Vademecum con indicazioni sintetiche per trasformare la buona pratica da “evento di progetto” a infrastruttura sociale replicabile.

Introduzione

Il presente documento rappresenta il risultato dell'attività di valutazione del progetto **Tessere la Salute**. Meglio solidali che solitari” realizzata dal Laboratorio Percorsi di Secondo Welfare su incarico del Comitato Promotore del progetto e della partnership che lo ha sostenuto e realizzato.

Negli ultimi anni, il sistema di **welfare** italiano ha attraversato una profonda trasformazione, esposta dalla pandemia di COVID-19 che ha messo in crisi i modelli di assistenza centrati solo sulle prestazioni standardizzate. Tale contesto ha portato all'affermazione del **welfare di comunità**, che sposta l'attenzione dalla cura prestazionale alla **dimensione relazionale della salute**, riconoscendo la comunità locale come un attore attivo del benessere. Questo mutamento risponde alla duplice sfida di una crescente domanda di servizi personalizzati e integrati e della necessità di garantire la sostenibilità economica dei sistemi di **welfare** territoriali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) evidenzia come i **determinanti sociali della salute** (istruzione, occupazione, relazioni sociali, ambiente di vita) contribuiscano in modo decisivo al benessere delle persone. In questa visione, la salute non è solo assenza di malattia, ma uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”, richiedendo un superamento del modello biomedico tradizionale a favore di un approccio **socio-ecologico**. La promozione della salute deve includere la costruzione di **relazioni di fiducia, solidarietà e partecipazione**.

Il progetto **Tessere la Salute** si muove proprio in questa direzione, interpretando la salute come un **bene relazionale** da costruire insieme, in linea con l'approccio dei **caring neighbourhoods** (“vicinato che cura”) promosso dall'OMS, fondato su partecipazione, inclusione e collaborazione intersettoriale. L'iniziativa biellese, nata nel 2022 dal suo Comitato Promotore, si pone l'obiettivo di rispondere alle sfide territoriali quali l'impoverimento dei servizi, l'**invecchiamento demografico** e la cronicità, e le carenze emerse durante la pandemia. I dati demografici della Provincia di Biella evidenziano un marcato invecchiamento, con un indice di vecchiaia (rapporto tra *over* 65 e 0-14 anni) che nel 2025 ha raggiunto 314,6 (il più alto della regione) e un indice di dipendenza che nel 2025 è salito al 50,4.

Per affrontare queste criticità, **Tessere la Salute** si è ispirato alla Missione 6 del PNRR sulla sanità territoriale e ha inteso sperimentare pratiche di integrazione socio-sanitaria attraverso l'attivazione dei **PreSS (Punti di Rete Socio-Sanitaria)**. Questi sportelli sono

stati concepiti come “antenne territoriali” volte a favorire l’accesso e la presa in carico integrata dei soggetti fragili (definiti come **over 75**, con multi-patologie o rete sociale debole). La sperimentazione è stata condotta nei comuni di **Occhieppo Inferiore, Ronco Biellese e Valdilana**, rappresentanti contesti eterogenei (periurbano, di transizione e montano disperso). La pluralità di soggetti finanziatori e sostenitori (tra cui Comuni, Regione Piemonte e Fondazioni) evidenzia la volontà di attivare una **rete territoriale collaborativa** sin dalle prime fasi del progetto.

Il presente Rapporto è strutturato per analizzare in dettaglio le **quattro fasi di lavoro** condotte dal Laboratorio Percorsi di Secondo Welfare (Formazione, Accompagnamento, Monitoraggio e Valutazione). L’analisi si concentra in particolare sull’implementazione del modello di **governance** multilivello e sui risultati raggiunti, per poi proporre **riflessioni conclusive** utili alla sostenibilità e alla replicabilità del modello, culminanti in un **Vademecum** per altri territori interessati.

1. Origini e presupposti teorici del progetto

1.1. Intrecciare legami, generare salute

Negli ultimi anni il sistema di welfare italiano ha attraversato una fase di profonda trasformazione, accelerata dalle crisi sociali, economiche e sanitarie che hanno messo in discussione la capacità delle istituzioni di garantire coesione e benessere collettivo. La pandemia di COVID-19 ha reso evidente la fragilità dei modelli di assistenza centrati sull'erogazione di prestazioni standardizzate, sottolineando invece l'importanza dei legami sociali, della prossimità territoriale e della partecipazione civica come fattori determinanti della salute pubblica (World Health Organization, 2024).

In tale contesto si è affermata una nuova prospettiva, quella del **welfare di comunità**, che pone al centro la dimensione relazionale della salute e riconosce la comunità locale come attore attivo del benessere. Non si tratta soltanto di un'evoluzione semantica, ma di un vero e proprio mutamento paradigmatico: il passaggio da un welfare di tipo prestazionale a un welfare generativo, capace di attivare risorse sociali diffuse e di costruire capitale relazionale "gemmato" direttamente dai contesti locali di vita delle comunità (Maino & Ferrera, 2019). Il focus così orientato alla cura della dimensione sociale e comunitaria risponde a un altro fenomeno emergente, quello della **povertà relazionale**, che si riferisce alla "mancanza, o alla compromissione, delle relazioni interpersonali, che possono essere familiari, di amicizia, di comunità o di lavoro, e che sono fondamentali per il benessere psicologico e sociale di un individuo e anche di una famiglia comunque costituita. [...] Inoltre, può riferirsi a due diversi tipi di relazioni, a quelli che Granovetter (1973) ha chiamato legami forti e legami deboli, che nel loro insieme costituiscono anche gran parte di ciò che è chiamato capitale sociale (Bourdieu 1980; Coleman 1990)" (Saraceno, 2025)¹.

L'approccio del welfare di comunità risponde a una duplice sfida: da un lato la crescente domanda di servizi personalizzati e integrati, all'altezza delle sfide plurali che attraversano il panorama odierno; dall'altro la necessità di garantire sostenibilità economica e sociale ai sistemi di welfare territoriali, in un quadro di generale contrazione e riallocazione delle risorse. Nel contesto internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2023) evidenzia come i determinanti sociali della salute — quali istruzione, occupazione, relazioni

1. L'articolo è comparso sul primo numero della rivista di Percorsi di Secondo Welfare, *Nessi. Il sapere orientato alle comunità*, ed è liberamente [consultabile online](#).

sociali e ambiente di vita — contribuiscano in misura decisiva al benessere delle persone, richiedendo approcci multisettoriali e partecipativi. La stessa OMS ha diffuso e promosso il concetto di ***caring neighbourhoods*** (“quartiere solidale” o, più letteralmente, “vicinato che cura”), fondato su tre pilastri fondamentali: partecipazione e inclusione, connessione tra assistenza informale e formale, e collaborazione intersettoriale attenta alla prevenzione, alla promozione della salute, alla fornitura di cure e sostegni integrati, e alla qualità della vita (WHO, 2023). Soluzioni locali, afferma Kira Fortune (WHO Healthy Cities Coordinator) nel medesimo documento, possano contribuire ad affrontare sfide globali complesse, come le disuguaglianze sociali di salute, la povertà, il peggioramento dei livelli di salute mentale e l’impoverimento materiale e sociale. In un “quartiere solidale” vengono create le condizioni affinché le persone, indipendentemente dall’età e dai loro grandi o piccoli bisogni di sostegno in diversi ambiti della vita, possano continuare a vivere nella propria casa e nel proprio territorio; qui, generazioni giovani e anziane convivono, le persone si sentono bene e al sicuro, la qualità della vita è favorita del fatto che i residenti si conoscano e si aiutino reciprocamente, e che persone e famiglie con bisogni di sostegno ricevano aiuto, dai servizi preposti e dalla propria comunità.

È proprio in questa direzione che si muove il progetto ***Tessere la Salute***, nato nel biellese per sperimentare pratiche di integrazione socio-sanitaria dal basso, fondate sulla collaborazione tra istituzioni pubbliche, Enti del Terzo Settore e cittadinanza attiva. Il progetto, come vedremo nel corso del Rapporto, **risponde a molti degli elementi che rendono un contesto territoriale un *caring neighbourhood***: reti sociali forti, disponibilità a mettere le proprie competenze e risorse a disposizione di chi ne ha bisogno, diffusa sensibilizzazione e informazione su servizi e opportunità interne alla comunità, individuazione precoce dei bisogni di cura delle persone più vulnerabili, capacità di indirizzarle ai servizi sanitari e di assistenza più idonei, collaborazione intersettoriale attraverso un approccio dal basso, conoscenza della propria comunità attraverso la raccolta di dati quantitativi e qualitativi, e spazi di consulenza entro i quali elaborare collettivamente le direttrici di cambiamento che si intendono perseguire per il proprio territorio.

1.2. Dalla cura alla relazione: le comunità che producono salute

La definizione di salute proposta dall'OMS nel 1946 — “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” — mantiene ancora oggi una forte carica innovativa e sfidante, che è necessario quotidianamente ribadire e “difendere” dagli elementi di natura economica, politica e organizzativa che rischiano di minarne i preconcetti. In tempi più recenti, tale prospettiva è stata ulteriormente ampliata, interpretando la salute come un processo dinamico e relazionale, costruito socialmente attraverso l'interazione tra individui, comunità e contesti di vita (WHO, 2022).

Questo cambio di paradigma implica il superamento del modello biomedico tradizionale a favore di un approccio socio-ecologico, in cui i fattori ambientali, culturali e relazionali diventano determinanti centrali per prevenire e limitare le disuguaglianze sociali di salute. Studi recenti (Marmot et al., 2020) ribadiscono come **le disuguaglianze di salute siano il risultato di disuguaglianze sociali** e, richiedano, pertanto un rinnovato impegno verso politiche che intervengano sui determinanti sociali della salute, investendo in istruzione, lavoro, reddito, alloggi e coesione comunitaria. Le politiche di salute pubblica, di conseguenza, non possono più limitarsi alla cura della malattia del singolo individuo, ma devono promuovere la costruzione di relazioni di fiducia, solidarietà e partecipazione che abbraccino anche il contesto in cui ciascuna persona vive e si muove.

In tale prospettiva, la salute assume la forma di un bene relazionale (Donati, 2022), generato e mantenuto anche attraverso la cura di interazioni sociali significative. Le comunità, intese come sistemi di relazioni, diventano così luoghi di apprendimento reciproco e di *empowerment* collettivo. Il concetto di *community health* sviluppato nel quadro europeo e nel programma “*Healthy Cities*” dell'OMS² riflette proprio questa visione: la città e il territorio come ecosistemi di salute, in cui la qualità dei legami sociali incide direttamente sul benessere individuale e collettivo. L'approccio delle *Healthy Cities* descritto da Dooris e Heritage (2013) offre spunti preziosi anche per le realtà locali e le piccole province italiane. Al centro del modello vi è infatti la partecipazione attiva e l'*empowerment* delle comunità, intesi non solo come strumenti di consultazione, ma come veri processi di coinvolgimento decisionale e coprogettazione delle politiche per la salute e il benessere. Secondo questi autori, informare e consultare i cittadini è importante ma non sufficiente: la salute delle comunità migliora realmente quando le persone possono incidere sulle scelte che riguardano i loro quartieri,

2. [WHO European Healthy Cities Network](#).

i servizi, l'ambiente e le reti sociali. In contesti provinciali o di piccole dimensioni, questo approccio può tradursi nella creazione di reti locali tra amministrazioni, servizi sanitari, scuole, associazioni e cittadini, valorizzando le risorse già presenti — come il volontariato, le parrocchie, le cooperative sociali — per costruire una **cultura di salute condivisa**. La “ruota della partecipazione” proposta dagli autori (informazione, consultazione, partecipazione, *empowerment*) può fungere da guida pratica per pianificare interventi progressivi, misurabili e sostenibili, in grado di rafforzare la coesione sociale e la capacità collettiva di prendersi cura del proprio territorio.

L'approccio relazionale e comunitario alla salute è stato recentemente e ulteriormente rafforzato in due direzioni: il cosiddetto modello *One Health*, che sottolinea la connessione tra salute umana, benessere sociale e sostenibilità ambientale (WHO, 2023), e la dimensione culturale espressa nella nozione di *cultural welfare* (Fondazione Compagnia di San Paolo e Cultural Welfare Center, 2024), che vede in pratiche artistiche, iniziative di cittadinanza attiva e reti di prossimità un contributo alla prevenzione, alla resilienza e alla rigenerazione sociale e culturale delle comunità attraverso la promozione di approcci partecipativi e collaborativi (Capasso et al., 2025).

1.3. Capitale sociale, prossimità e benessere collettivo

La letteratura internazionale e nazionale concorda sul fatto che la salute non dipenda solo dall'accesso ai servizi, ma anche dalla qualità del capitale sociale di una comunità (Putnam, 2000). Le reti di fiducia, cooperazione e reciprocità costituiscono un patrimonio immateriale che sostiene la capacità collettiva di affrontare i rischi, condividere risorse e co-produrre benessere. Il concetto di **prossimità**, in questa prospettiva, acquista un valore strategico: essa **non coincide solo con la vicinanza fisica, ma con la presenza relazionale**, con la possibilità di costruire relazioni significative di cura, ascolto e accompagnamento. Le esperienze maturate nel campo della sanità territoriale dimostrano che la prossimità riduce le disuguaglianze e aumenta la capacità di risposta delle reti locali (Federsanità e IFEL-Fondazione ANCI, 2025).

Numerosi studi europei hanno confermato che la promozione del capitale sociale è un fattore di protezione rispetto a molte forme di disagio fisico e psicosociale (OECD, 2021). Modelli come quello scandinavo del *community wellbeing* o il programma britannico *Social Prescribing* hanno mostrato che l'investimento nelle reti relazionali e nei servizi di prossimità produce benefici misurabili in termini di salute pubblica e riduzione della spesa sanitaria (Dayson & Bashir, 2019).

In Italia, progetti come *Tessere la Salute* si collocano come sperimentazioni locali all'interno di questa corrente innovativa, interpretando la prossimità come valore sistemico e il capitale sociale come risorsa produttiva. L'attivazione di spazi di co-progettazione e la costruzione di "ponti" tra soggetti istituzionali, professionisti e cittadini consentono di generare nuove forme di governance condivisa e di ridare senso al concetto di comunità come infrastruttura del welfare.

1.4. Un nuovo paradigma territoriale: corresponsabilità e governance di comunità

In Italia, il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR) ha riconosciuto nella sanità territoriale e nell'integrazione socio-sanitaria due assi strategici per il futuro del sistema di welfare italiano. La *Missione 6* in particolare promuove la realizzazione di una rete di **Case della Comunità**, destinate a diventare il fulcro della sanità di prossimità, attraverso un modello di presa in carico globale e multidisciplinare³. Questo orientamento si fonda sul principio della integrazione verticale e orizzontale dei servizi: da un lato, il coordinamento tra livelli di assistenza (ospedale, territorio, domicilio); dall'altro, la connessione tra ambiti sanitari e sociali, in un'ottica di presa in carico integrata.

Tale paradigma è coerente con le raccomandazioni dell'OMS e della Commissione Europea, che da tempo promuovono sistemi di governance collaborativa basati su **whole-of-society approaches** (WHO, 2023): un orientamento chiave "all'intera società" per affrontare in modo sistemico e inclusivo le sfide della salute pubblica contemporanea, secondo il quale la promozione della salute e del benessere non può essere responsabilità esclusiva del sistema sanitario o delle istituzioni pubbliche, ma richiede il contributo congiunto di tutti gli attori sociali: enti locali, imprese, organizzazioni del Terzo Settore, scuole, università, media e cittadini. In questa visione, la salute diventa un bene collettivo e relazionale, generato attraverso la cooperazione tra soggetti diversi e la condivisione di obiettivi comuni di equità, sostenibilità e partecipazione (OECD, 2021; WHO Europe, 2023).

Applicare un approccio *whole-of-society* nel campo della salute implica un cambiamento profondo nei modelli di governance pubblica, favorendo la convergenza tra politiche sanitarie, sociali, educative e ambientali, promuovendo istituti come la co-programmazione e la co-progettazione dei servizi (Guarna & Maino, 2023), e valorizzando il capitale sociale e

3. <https://www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-pagina/case-della-comunita-e-presa-carico-della-persona/>.

culturale delle comunità. La costruzione di una **governance di comunità** richiede strumenti di pianificazione partecipata — co-programmazione, co-progettazione, bilancio sociale — e competenze trasversali di facilitazione e mediazione tra attori pubblici e privati. Le esperienze territoriali più avanzate dimostrano che la sostenibilità del welfare integrato dipende dalla capacità di valorizzare il capitale umano e istituzionale locale, oltre che dalla stabilità delle reti collaborative (Fondazione Zancan, 2025).

Come vedremo nei capitoli successivi il progetto *Tessere la Salute* incarna concretamente questa visione, promuovendo un modello di governance policentrico, in cui i proponenti della sperimentazione si configurano come “abilitatori” e la comunità come soggetto attivo della salute collettiva. Tale approccio supera la logica del bisogno per abbracciare quella delle capacità, puntando a generare empowerment e corresponsabilità diffusa (Sen, 1999; Donati, 2019).

1.5. “Tessere la Salute”: origini della sperimentazione biellese

Il documento progettuale “manifesto” dell’iniziativa, redatto dal suo Comitato Promotore nel 2022, muove dalle premesse sintetizzate nei paragrafi precedenti: innanzitutto, che la salute non è solo una “condizione di benessere fisico e psichico”, ma è intrinsecamente correlata alla dimensione sociale e fortemente influenzata dalle relazioni interpersonali, identificandosi come una costruzione sociale che è parte integrante dell’area del welfare. Nonostante ciò, il progetto sottolinea quanto il mondo sanitario tenda ad essere prevalentemente organizzato attorno alla componente biologica, spesso scollegata dall’ambiente e dalla realtà sociale delle persone, e riconosce una serie di sfide che riguardano il presente anche del territorio biellese:

- i) impoverimento del territorio** (risorse del Servizio Sanitario Nazionale destinate progressivamente alla componente ospedaliera, depauperando la sfera territoriale e sovraccaricando anche impropriamente i centri di libero accesso come i Pronto soccorso);
- ii) invecchiamento e cronicità** (bassa natalità e alta aspettativa di vita accrescono la prevalenza delle patologie croniche, le quali assorbono gran parte delle energie disponibili del SSN e richiederebbero di essere affrontate in gran parte a domicilio);
- iii) carenze rivelate dalla pandemia di Covid-19** (necessità di rinnovare le forme del welfare in una prospettiva comunitaria, evidenziando le conseguenze

dell'impoverimento dell'assistenza sociosanitaria territoriale, le specifiche difficoltà nell'assistenza ai pazienti cronici e il carico di cura che grava su famiglie e caregiver).

Alla luce delle criticità sintetizzate e degli spunti offerti dalla Missione 6 del PNRR per potenziare l'assistenza territoriale attraverso le Case della Comunità, *Tessere la Salute* ha inteso avviare una sperimentazione - ispirata in parte dalla Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, in particolare la struttura del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) - imperniata attorno ai seguenti obiettivi: favorire l'accesso e la presa in carico dei soggetti cronici e/o fragili; ricucire la dicotomia tra ospedale e territorio, decongestionando il primo; superare la separazione tra settore sanitario e sociale, favorendo l'integrazione; favorire servizi di prossimità a favore dei cittadini e della loro salute in senso olistico, comunitario, nonché di prevenzione.

In altri termini, il progetto nasce dall'esigenza di costruire risposte territoriali ai bisogni complessi di salute, attraverso un approccio generativo e reticolare. L'idea di fondo è che la salute non sia solo un diritto da tutelare, ma un bene comune da costruire insieme. Il titolo stesso, *Tessere la Salute*, evoca **l'intreccio dei fili — istituzionali, professionali, civici — che danno forma a un tessuto sociale coeso e solidale**, che si sostiene grazie alla compartecipazione e agli apporti di tutti coloro che ne sono parte.

Sul piano operativo, l'iniziativa intendeva sin dalle origini dare corpo alla sperimentazione attraverso i **Punti di Rete Socio-Sanitaria (PRESS)**, spazi di prossimità e di incontro tra operatori sociali e cittadinanza presso i quali accogliere le istanze e i bisogni della popolazione ("antenne territoriali"), fungere da riferimento per la costruzione di percorsi personalizzati di accompagnamento, promuovere la connessione delle risorse del territorio e la loro attivazione. Questi aspetti descrivono come elemento distintivo del progetto un approccio tendenzialmente dal basso (*bottom-up*), che pone al centro l'ascolto dei cittadini e delle cittadine e la valorizzazione delle competenze diffuse già presenti localmente. Questo modello dialoga con le linee strategiche della *Strategia Nazionale per le Aree Interne* e con i principi della *riforma della non autosufficienza* (Legge n. 33/2023), promuovendo una sanità più vicina ai territori, equa e partecipata.

L'ambito di sperimentazione include i Comuni di Occhieppo Inferiore, Ronco Biellese e Valdilana, localizzati in aree diverse della provincia biellese e rappresentanti tre realtà territoriali differenti per morfologia, struttura insediativa e densità abitativa. **Occhieppo Inferiore** confina direttamente con Biella e costituisce un contesto periurbano a elevata

densità abitativa (oltre 900 abitanti/km²)⁴, con un territorio di ridotte dimensioni (circa 4 km²) e una popolazione di circa 3.700 residenti⁵. Il comune è attraversato dal torrente Elvo e presenta un tessuto edilizio continuo con quello del capoluogo, ospitando prevalentemente funzioni residenziali e di servizio. La vicinanza a Biella garantisce un buon livello di accessibilità alle infrastrutture e ai servizi sanitari, educativi e commerciali, ma al contempo espone il territorio a problematiche tipiche delle aree urbanizzate, come la ridotta disponibilità di spazi verdi e la maggiore pressione ambientale. **Ronco Biellese**, situato circa cinque chilometri a nord-est di Biella, rappresenta un'area di transizione tra la fascia urbana e le zone collinari. Con una superficie di circa 3,8 km² e una popolazione di circa 1.400 abitanti, presenta una densità media (circa 370 abitanti/km²) e un tessuto insediativo più diffuso. Il comune conserva un carattere residenziale e artigianale, con una buona qualità ambientale. La vicinanza al capoluogo consente un accesso relativamente agevole ai servizi sanitari e socio-assistenziali, sebbene il territorio presenti caratteristiche orografiche che possono influenzare la mobilità interna. Infine, **Valdilana** si trova a est del capoluogo e si sviluppa sulle colline e le prime aree montane della Valsessera. Istituito nel 2019 attraverso la fusione dei comuni di Mosso, Valle Mosso, Trivero e Soprana, copre una superficie di circa 61 km² e conta una popolazione di poco inferiore ai 10.000 abitanti. Il territorio è caratterizzato da una marcata dispersione insediativa, con numerose frazioni e nuclei abitati di piccole dimensioni. L'economia locale è storicamente legata al settore tessile, oggi in fase di riconversione. La bassa densità abitativa (circa 160 abitanti/km²) e la conformazione orografica rendono più complessa la distribuzione dei servizi e possono incidere sull'accessibilità ai presidi sanitari, soprattutto per la popolazione anziana.

Nel complesso, i tre comuni costituiscono un **sistema territoriale eterogeneo** interconnesso con Biella: da un polo urbano compatto e densamente abitato (Occhieppo Inferiore), a un'area di transizione semi-rurale (Ronco Biellese), fino a un territorio ampio e montano (Valdilana). Questa diversità spaziale e demografica è un elemento rilevante per l'analisi dei determinanti di salute, poiché influisce sulle condizioni di accesso ai servizi, sui modelli di mobilità e sulle caratteristiche socio-economiche delle popolazioni residenti. Al netto di queste differenze che, come vedremo, hanno influito anche sulla scelta dei territori entro i quali avviare la sperimentazione, tutti e tre i comuni sono attraversati da processi di **invecchiamento demografico** che si riflettono attraverso alcuni indicatori annualmente elaborati su dati ISTAT e monitorati da [OsservaBiella](#):

4. A livello provinciale, secondo i dati ISTAT, nel 2025 la densità abitativa per l'intera provincia di Biella è pari a 184,2 abitanti/chilometro quadrato, con evidenti variazioni tra aree urbane, collinare e montane.

5. Popolazione residente nella provincia di Biella per il 2025: 168.583 (dati ISTAT).

- l'**età media** è aumentata costantemente in Italia, in Piemonte e significativamente nella Provincia di Biella, passando da 45,3 anni nel 2002 a **50,3 anni nel 2025** (Provincia con l'età media più alta della regione);
- l'**indice di vecchiaia** (rapporto tra over 65 e popolazione 0-14 anni, moltiplicato per 100) è aumentato altrettanto significativamente a livello nazionale, regionale e provinciale. In Italia, tra il 2002 e il 2025, la proporzione di anziani rispetto ai giovani è cresciuta di oltre il 50% (invecchiamento della popolazione dovuto a fattori quali bassa natalità e aumento della speranza di vita); in Piemonte l'indice è costantemente superiore alla media nazionale (popolazione piemontese relativamente più anziana), mentre la Provincia di Biella presenta anche in questo caso l'indice più alto dell'intera regione (passato da 198,4 nel 2002 a **314,6 nel 2025**);
- l'**indice di dipendenza** (rapporto tra over 65 e persone in età lavorativa, ovvero 15-63enni) è anche in questo caso aumentato a livello nazionale, in misura maggiore a livello piemontese, e in misura ancora maggiore nel Biellese, passando da 35,2 nel 2002 a **50,4 nel 2025** (dato previsionale), incrementando la pressione sui servizi sociali e sanitari locali.

La Tabella che segue sintetizza la struttura demografica dell'intera provincia di Biella, che approssima quella dei tre comuni oggetto della sperimentazione e che mette in evidenza la distribuzione della popolazione biellese per fascia di età, dividendola inoltre per genere (Tabella 1).

Tabella 1. Struttura demografica provincia di Biella (dati previsionali, anno 2025)

Età	Uomini		Donne		Totale	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali	Valori assoluti	Valori percentuali
0-4	2.306	2,82%	2.120	2,45%	4.426	2,63%
5-9	2.741	3,36%	2.604	3,01%	5.345	3,18%
10-14	3.302	4,04%	3.129	3,61%	6.431	3,82%
15-19	3.795	4,65%	3.563	4,12%	7.358	4,37%
20-24	4.089	5,01%	3.692	4,26%	7.781	4,62%
25-29	4.208	5,15%	3.701	4,27%	7.909	4,70%
30-34	4.169	5,10%	3.808	4,40%	7.977	4,74%
35-39	4.101	5,02%	3.848	4,44%	7.949	4,72%
40-44	4.321	5,29%	4.443	5,13%	8.764	5,21%
45-49	5.507	6,74%	5.646	6,52%	11.153	6,63%
50-54	6.831	8,36%	6.806	7,86%	13.637	8,10%
55-59	7.302	8,94%	7.488	8,65%	14.790	8,79%
60-64	6.764	8,28%	7.005	8,09%	13.769	8,18%
65-69	5.743	7,03%	6.153	7,11%	11.896	7,07%
70-74	5.230	6,40%	6.043	6,98%	11.273	6,70%
75-79	4.775	5,85%	5.546	6,41%	10.321	6,13%
80-84	3.367	4,12%	4.655	5,38%	8.022	4,77%
85-89	2.189	2,68%	3.762	4,35%	5.951	3,54%
90-94	795	0,97%	1.930	2,23%	2.725	1,62%
95-99	133	0,16%	557	0,64%	690	0,41%
100+	8	0,01%	82	0,09%	90	0,05%
Totale	81.676	100,00%	86.581	100,00%	168.257	100,00%

Fonte: Rapporto [OsservaBiella 2025](#), elaborazione dati ISTAT.

Stanti queste premesse, che rappresentano il contesto e le ragioni che hanno visto germogliare l'idea progettuale, la sperimentazione, di durata pari a tre anni, è stata resa possibile grazie al contributo di un **insieme eterogeneo di finanziatori e soggetti sostenitori** (cfr. Box 1), che hanno fornito non solo risorse economiche, ma anche forme di supporto operativo, logistico e istituzionale. Questa pluralità di attori — pubblici e privati — evidenzia la presenza di una rete territoriale collaborativa e la capacità del Comitato Promotore di attivare tale rete, capace

di riconoscere nella sperimentazione un'opportunità condivisa di innovazione sociale e di rafforzamento del sistema locale di welfare. Il processo di individuazione e attivazione delle risorse ha coinvolto fin dalle prime fasi diversi livelli della comunità, facilitando la costruzione di relazioni di fiducia e cooperazione tra enti, professionisti e cittadini, affiancando, inoltre, l'accesso a opportunità di finanziamento pubbliche. Tale modalità di lavoro in rete rappresenta un elemento qualificante dell'intervento, poiché consente di valorizzare competenze e risorse diffuse, promuovendo una visione integrata della salute e del benessere comunitario, fondata sulla corresponsabilità e sulla partecipazione attiva del territorio.

Box 1. Soggetti partner e finanziatori del progetto Tessere la Salute⁶

Enti partner e partner cofinanziatori (*)	
<ul style="list-style-type: none"> • Comune di Occhieppo Inferiore (*) • Comune di Ronco Biellese (*) • Comune di Valdilana (*) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperativa sociale Maria Cecilia • Associazione Emanuele Lomonaco Far Pensare
Enti finanziatori	
<ul style="list-style-type: none"> • Regione Piemonte • Fondazione Zegna • Amici Parkinsoniani Biellesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Fondazione Cassa di Risparmio di Biella • Banca Simetica

Fonte: Rapporto OsservaBiella 2025, elaborazione dati ISTAT.

L'intero progetto è stato accompagnato, monitorato e infine valutato da Percorsi di Secondo Welfare. Il [Capitolo 2](#) descrive nel dettaglio la metodologia adottata, mentre le sezioni successive presenteranno i dati raccolti e i risultati delle analisi svolte.

6. Ai soggetti partner formali si aggiungono **enti che hanno aderito al progetto**, anche per poter reperire le risorse economiche necessarie, e che hanno contribuito a vario titolo (es. partecipando a Cabina di Regia, Tavoli territoriali, interviste valutative etc.; cfr. capitoli successivi): ASL di Biella, Consorzi Socioassistenziali IRIS e CISSABO, Gruppo di Volontariato Vincenziano "S. Giuseppe" (Biella), Associazione "Il Delfino" (Valdilana), Amici Parkinsoniani Biellesi, A.M.A. BIELLA - Associazione Malattia di Alzheimer, Centro Territoriale per il Volontariato di Biella e Vercelli.

2. Dalla formazione alla valutazione: la metodologia

Il monitoraggio e la valutazione del progetto *Tessere la salute*, i cui risultati sono presentati nei successivi Capitoli 3 e 4, rispondono all'obiettivo di osservare l'andamento del progetto, analizzando le azioni implementate e le divergenze rispetto al disegno progettuale originario, nonché i processi di lavoro che hanno consentito di raggiungere i risultati. L'intento ultimo è dunque quello di restituire un quadro complessivo del progetto in grado di evidenziare, da un lato, gli aspetti virtuosi e le buone prassi eventualmente modellizzate e trasferibili, e, dall'altro, i punti di debolezza dai quali è possibile trarre apprendimenti per successive progettualità.

Monitoraggio e valutazione hanno rappresentato due fasi di un più ampio percorso attraverso il quale il Laboratorio di Percorsi di Secondo Welfare ha accompagnato il progetto per tutta la sua durata. Nello specifico, il lavoro condotto dal Laboratorio si è articolato, nel periodo 2023-2024, in quattro fasi approfondite nel paragrafo che segue.

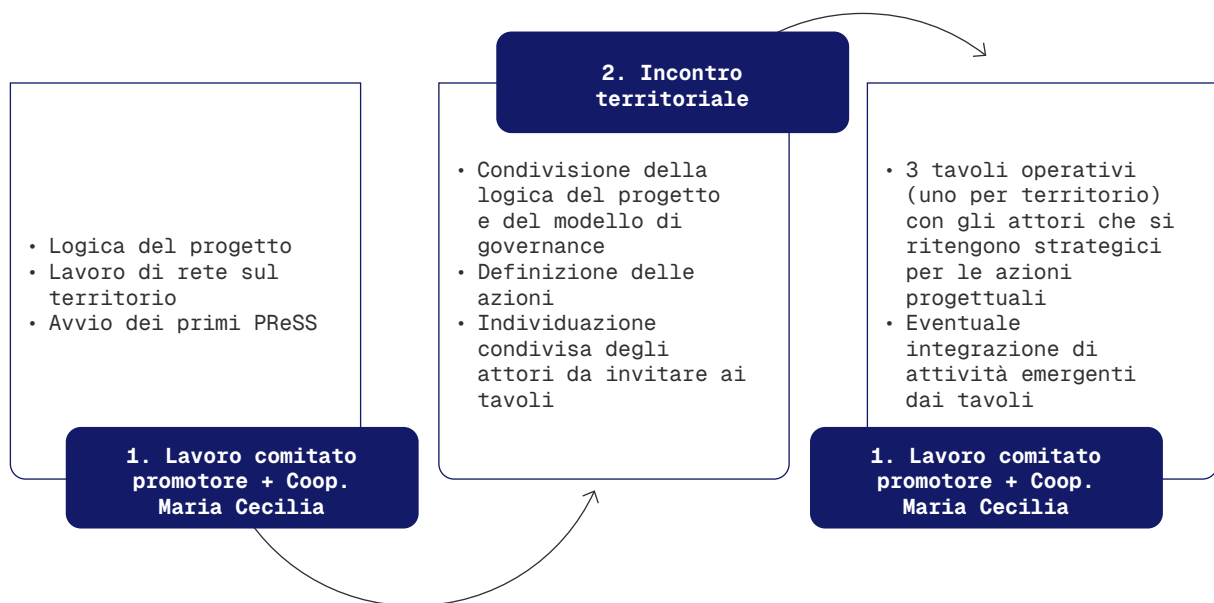
2.1 Quattro fasi di lavoro: un percorso condiviso e partecipato

Tra il 2023 e il 2025, il Laboratorio ha accompagnato lo sviluppo e l'implementazione del progetto *Tessere la salute* attraverso un lavoro congiunto e di costante scambio, sintetizzabile nelle quattro fasi di seguito descritte.

- 1. Formazione finalizzata a fornire strumenti utili alla condivisione degli obiettivi di progetto e alla pianificazione delle azioni:** l'attività ha previsto l'erogazione di un percorso di affiancamento finalizzato a consolidare gli strumenti di lavoro (analisi dei bisogni, mappatura, governance), associato a un percorso di *capacity building* che ha fornito una serie di strumenti utili alla realizzazione di interventi innovativi in termini di prodotto (risposta sociale e strategie di lavoro per raggiungere un risultato auspicato, sostenibile e replicabile) e di processo (rete collaborativa tra soggetti di natura giuridica diversa, ovvero attori territoriali potenzialmente coinvolgibili nell'iniziativa).
- 2. Accompagnamento nella definizione delle azioni progettuali:** l'attività ha previsto un primo momento di ricostruzione della logica del progetto (obiettivi, azioni e attività, partenariato, governance, risultati attesi) insieme al gruppo di lavoro ristretto. A progetto

delineato nelle sue componenti essenziali ha fatto seguito, nella prima metà del 2024, un incontro di coprogrammazione con le figure apicali degli enti partner (istituzioni e Terzo Settore), al fine di presentare il progetto, validare, integrare e definire nel dettaglio i principali obiettivi di intervento e le attività da sviluppare per perseguirli, e individuare i soggetti territoriali strategici da coinvolgere a livello operativo. Infine, tre incontri più estesi (uno per ciascun territorio coinvolto nella sperimentazione) sono stati condotti per declinare il progetto nei tre contesti, ingaggiare i soggetti locali e definire azioni progettuali territoriali da implementare in ciascun Comune. Al termine del percorso, il Laboratorio insieme al gruppo di lavoro ha fatto sintesi di quanto emerso, individuando obiettivi di progetto, azioni (trasversali e territoriali), indicatori utili al monitoraggio delle attività modello di governance multilivello (soggetti coinvolti in ciascun organismo, ruolo e periodicità degli incontri). Questa seconda fase è rappresentata dalla Figura 1.

Figura 1. Sviluppo dell'accompagnamento progettuale - Tessere la Salute



Fonte: Elaborazione delle autrici.

A completezza degli output derivanti da questo percorso (Fase 2), si riportano di seguito i tre obiettivi definitivi individuati dal progetto e il modello di governance multilivello costruito per implementarlo (Tabella 2).

Obiettivi del progetto *Tessere la Salute*:

- **Favorire l'accesso ai servizi disponibili per la presa in carico integrata dei soggetti fragili⁷**, promuovendo una risposta olistica ai loro bisogni, superando la dicotomia sanitario/sociale (cioè intercettando anche chi non rientra strettamente nell'uno o nell'altro ambito) e la frammentazione dei servizi.
- **Favorire l'integrazione tra ospedale e territorio** mettendo in rete soluzioni "leggere" e di prossimità capaci di raggiungere i cittadini presso i luoghi di vita, alleggerendo le famiglie, evitando spostamenti, riducendo la centralizzazione e congestione di ospedali/ PS e altre strutture.
- **Intercettare bisogni "sommersi"** che non raggiungono i servizi (per mancata consapevolezza della persona, o perché la persona ha rinunciato a cercare soluzioni) e **risorse "sommerse"** a favore della singola persona beneficiaria (dimensione individuale) e dell'intera comunità (dimensione collettiva).

7. "Soggetti fragili" (target primario di progetto) definiti a partire da uno o più fra i seguenti criteri: >75 anni, multi-patologia o patologia rara, rete sociale debole.

Tabella 2. Modello di governance multi-livello - Tessere la Salute

Organismo di governance	Chi ne fa parte	Che funzioni ha	Riunioni
Comitato Promotore	“Fondatori/trici” del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Visione strategica • Relazione con 2W • Raccordo tra i livelli 	Una volta al mese e al bisogno
Cabina di Regia ⁸	Comitato promotore e figure apicali partner	<ul style="list-style-type: none"> • Visione strategica e inter-territoriale 	Una volta ogni 6 mesi (follow up) e al bisogno
Gruppo operativo	Comitato Promotore e Coop. Maria Cecilia	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento delle azioni sui tre territori 	Una volta ogni 1-3 mesi
PReSS team	Operatori/trici referenti PReSS, coordinatrice Coop. Maria Cecilia	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione attività progettuali sui territori • Raccolta dati monitoraggio 	Una volta alla settimana

Fonte: Elaborazione delle autrici.

3. Monitoraggio dei risultati raggiunti in termini di processo e prodotto, attraverso la preliminare definizione degli strumenti di raccolta dati utili al monitoraggio periodico dei dati di progetto e la loro analisi. Il monitoraggio, come verrà dettagliato nel [Capitolo 3](#), si è focalizzato in particolare su:

- a. utenti che si sono rivolti ai PReSS** e relative caratteristiche (profilo socio-demografico, bisogni espressi e tipo di richieste avanzate, risposte offerte dal progetto ed eventuale follow-up). Lo strumento sviluppato per monitorare questa dimensione è stata una **scheda di rilevazione** la cui compilazione è stata curata dall'operatore e dall'operatrice dei PReSS a seguito dell'accesso di un/a utente; parallelamente, è stata costruita una **scheda di follow-up** per monitorare l'andamento del bisogno e della situazione della persona che si è rivolta al progetto. Il gruppo di lavoro ha concordato con la ricercatrice una modalità di **anonimizzazione attraverso codice univoco** che ha consentito, al termine del progetto, la condivisione della modulistica compilata e la successiva analisi nel pieno rispetto della privacy delle persone coinvolte come beneficiarie del progetto;

8. Componenti della Cabina di Regia: Comitato Promotore (Presidente e Vice-Presidente), rappresentanti ASL BI, Consorzi socio-assistenziali (IRIS E CISSABO), Comuni (Sindaci e/o Assessori) di Occhieppo Inferiore, Ronco Biellese e Valdilana, Centro Territoriale per il Volontariato (CTV), Associazione Emanuele Lomonaco Far Pensare.

- b. indicatori trasversali e territoriali:** attraverso incontri individuali periodici tra la ricercatrice del Laboratorio e l'operatore/l'operatrice dei PReSS, gli indicatori definiti in sede di accompagnamento progettuale sono stati periodicamente aggiornati tramite apposita tabella realizzata ad hoc. Il [Capitolo 3](#) presenta i risultati dell'analisi dei suddetti indicatori, raccolti sino al 30 settembre 2025 e successivamente analizzati in forma aggregata;
- c. attività realizzate:** per tenere traccia e analizzare il processo che ha condotto al raggiungimento dei risultati di progetto, in fase di accompagnamento è stata predisposta e condivisa con il gruppo di lavoro una tabella liberamente compilabile dagli operatori, contenente i dettagli delle attività svolte (tipologia, durata, enti e/o utenti coinvolti, luogo, dettagli descrittivi) sia dal punto di vista delle azioni progettuali rivolte alla comunità, sia dal punto di vista delle attività "interne" (tra cui, incontri di raccordo e riunioni dei diversi organismi di governance). La finalità della raccolta di queste informazioni è stata motivata dall'esigenza di includere nella modellizzazione una comprensione dei carichi di lavoro e della distribuzione dell'impegno nelle diverse attività di progetto, per offrire agli implementatori (e ad eventuali implementatori futuri) elementi utili e complete anche rispetto alle risorse necessarie per portare avanti il progetto.

Le attività di monitoraggio su tutte e tre le dimensioni (utenti, indicatori e attività) sono state alimentate dal Gruppo operativo e, in particolar modo, dall'operatrice e dall'operatore dei PReSS, cui è necessario riconoscere l'impegno continuativo che ha reso possibile la raccolta dei dati analizzati dal Laboratorio e qui presentati.

- 4. Valutazione finale dell'implementazione del progetto,** attraverso l'impiego di strumenti di ricerca qualitativa, nello specifico dell'intervista discorsiva. Tenendo conto degli obiettivi generali del progetto, la valutazione si è concentrata sull'analisi dei processi, dalla governance, al rapporto con la comunità e alla costruzione del network territoriale, indagando in particolare:
- Come vengono descritte governance e processi operativi?
 - Quali esiti (attesi e inattesi) sono percepiti a livello individuale, comunitario e inter-istituzionale?
 - Quali barriere e facilitatori emergono in ciascun contesto comunale?
 - In che misura le reti tra attori si sono ampliate o rafforzate?
 - Quali elementi di sostenibilità e trasferibilità sono riconoscibili?

Le **29 interviste condotte**, della durata variabile di 30-60 minuti, sono state realizzate per la maggior parte attraverso la piattaforma Zoom e, in un numero residuale di casi dovuti alle disponibilità tecnologiche dell'intervistato/a, telefonicamente, nel periodo compreso tra luglio e ottobre 2025. In alcuni casi, come specificato in Tabella 3, l'intervista ha coinvolto più intervistati contemporaneamente per esigenze legate a questi ultimi (totale delle **persone intervistate: 39**). Le interviste sono state successivamente trascritte per essere sottoposte all'analisi.

Il campione è presentato individuando quattro categorie di attori: Comitato Promotore (CP), Gruppo operativo (GO, di cui fanno parte anche due membri del CP), Attori istituzionali (AI) e Attori territoriali (AT), questi ultimi con specifica comunale per cogliere le differenze territoriali ("Occ" per Occhieppo Inferiore, "Ron" per Ronco Biellese, "Val" per Valdilana). Tale suddivisione, funzionale a rappresentare e raccogliere i punti di vista di tutte le componenti coinvolte nel progetto, è codificata anche per poter citare, nel [Capitolo 4](#) che illustra i risultati della valutazione, gli estratti più significativi di alcune interviste che si ritiene pertinente riportare direttamente, preservandone l'anonimato.

Tutte le attività elencate nelle quattro fasi sono state realizzate in raccordo con il Comitato Promotore del progetto e con il Gruppo operativo, attraverso periodiche riunioni online di aggiornamento reciproco, momenti di confronto e restituzione ed eventuali aggiustamenti in corso d'opera.

Tabella 3. Elenco delle interviste condotte nella fase di valutazione

Categoria intervista	Ruolo nel progetto e/o ente	Data intervista
1 - CP e GO	Membro del Comitato Promotore e del Gruppo operativo	15 settembre 2025
2 - CP e GO	Membro del Comitato Promotore e del Gruppo operativo	29 settembre 2025
3 - Quattro membri CP	Membri del Comitato Promotore	8 ottobre 2025
4 - GO	Coop. Maria Cecilia - Coordinatrice PRéSS Team	19 settembre 2025
5 - GO	Coop. Maria Cecilia - Operatore PRéSS	22 settembre 2025
6 - GO	Coop. Maria Cecilia - Operatrice PRéSS	6 ottobre 2025
7 - AI	ASL Biella - Cabina di Regia	17 ottobre 2025
8 - Due membri AI	ASL Biella - COT	29 luglio 2025
9 - AI + ATOcc e ATRon	Consorzio IRIS - Cabina di Regia + Attori tavoli territoriali Occhieppo e Ronco	29 luglio 2025
10 - AI + ATVal	Consorzio CISSABO - Cabina di Regia + Attore tavolo territoriale Valdilana	25 settembre 2025
11 - AI	CSV - Cabina di Regia	21 luglio 2025
12 - AI	Associazione "E. Lomonaco Far Pensare" (partecipante a tutti i tavoli territoriali)	22 luglio 2025
13 - AI	Associazione "Il Filo di Arianna" (partecipante a due tavoli territoriali)	2 settembre 2025
14 - AT-Occ	Comune - Sindaca	23 settembre 2025
15 - AT-Occ	Comune - Assessore Servizi Sociali e Istruzione	9 ottobre 2025
16 - AT-Occ	Casa di Riposo "Cerino Zegna" - Attore tavolo territoriale	28 luglio 2025
17 - AT-Occ	Attore tavolo territoriale e cittadina attiva	29 luglio 2025
18 - AT-Occ	Beneficiaria e cittadina attiva	11 settembre 2025
19 - AT-Occ	Caregiver e cittadina attiva	16 settembre 2025
20 - AT-Ron	Comune - Sindaco	31 luglio 2025
21 - AT-Ron	RSA "Il giardino" - Attore tavolo territoriale	30 settembre 2025
22 - AT-Ron	Beneficiaria	21 luglio 2025
23 - Tre persone AT-Ron	Attori tavolo territoriale e figure di prossimità	31 luglio 2025
24 - Due persone AT-Val	Comune - Vicesindaca e Assessora Politiche Sociali	4 settembre 2025
25 - AT-Val	RSA e CD Alzheimer - Attore tavolo territoriale	4 agosto 2025
26 - AT-Val	Attore tavolo territoriale e figura di prossimità	26 settembre 2025

Fonte: Elaborazione delle autrici.

3. L'implementazione del progetto: analisi dei dati di monitoraggio

Questo capitolo analizza i dati di monitoraggio - aggiornati a settembre 2025 e già presentati in un report dedicato - raccolti nel corso della sperimentazione di Tessere la salute attraverso tre sostanziali dimensioni richiamate al [Capitolo 2](#): **utenti che si sono rivolti ai PReSS** e relative caratteristiche (profilo socio-demografico, bisogni espressi e tipo di richieste avanzate, risposte offerte dal progetto ed eventuale *follow-up*); **indicatori trasversali e territoriali** analizzati in forma aggregata; **attività realizzate** (monitoraggio del processo che ha condotto al raggiungimento dei risultati di progetto, tenendo conto dei carichi di lavoro e del peso delle diverse attività). Per queste ragioni, il [Capitolo 3](#) è strutturato seguendo questa tripartizione, per poi concludersi con alcune riflessioni trasversali.

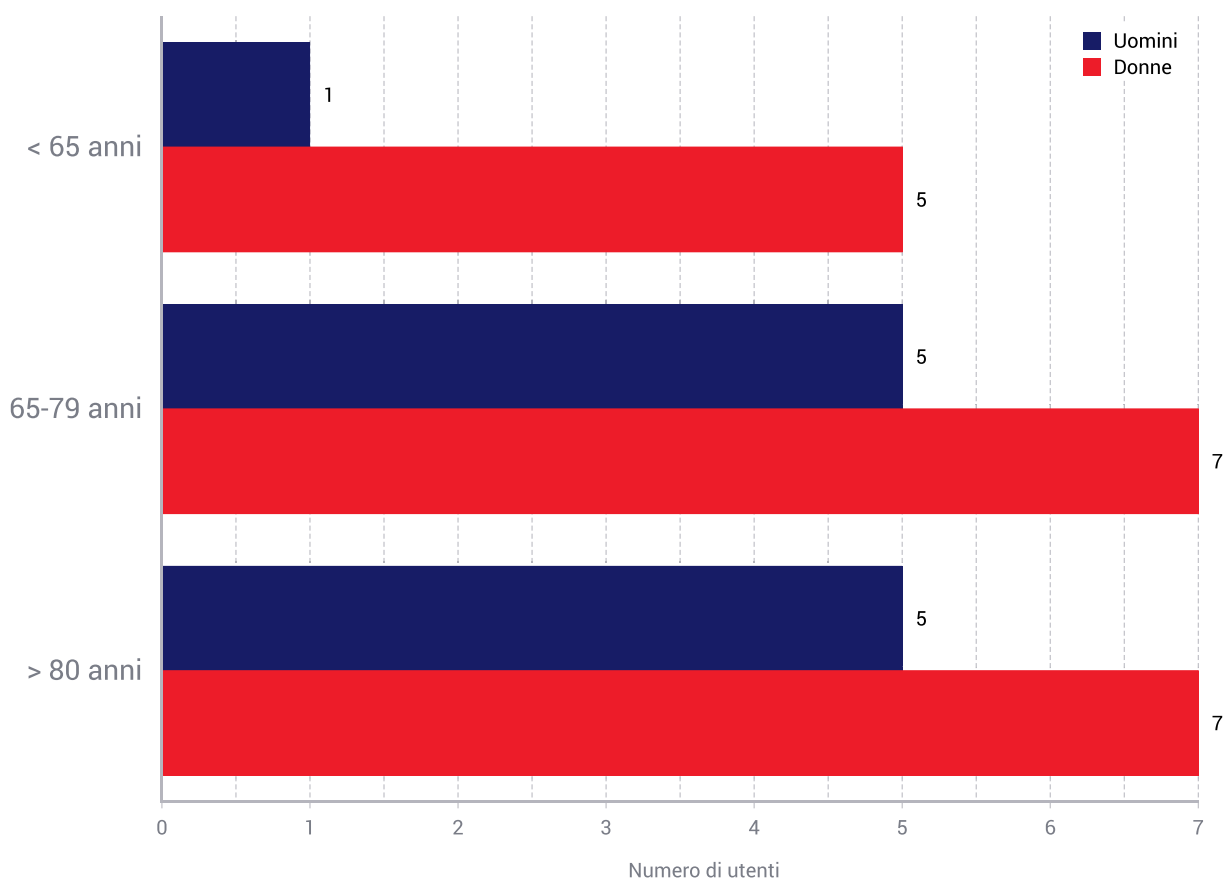
3.1 L'utenza che si è rivolta ai PReSS

Una prima fotografia dell'utenza (complessive 30 persone) che si è rivolta ai PReSS richiede un inquadramento del profilo socio-demografico, come sintetizzato nelle rappresentazioni grafiche che seguono*.

La Figura 2 mostra una prevalenza femminile in tutte e tre le fasce di età considerate (complessivamente, 19 utenti su 30 sono donne). La distribuzione di genere per le fasce di età superiori (65-79 e over 80 anni) è identica, prevedendo ciascuna 5 utenti uomini e 7 donne. Residua è la categoria di persona al di sotto dei 65 anni, comprendente 6 persone di cui 5 donne.

* I dati si riferiscono al periodo di effettiva apertura dei PReSS (da fine 2023 a fine 2025), preceduti da un primo anno di sperimentazione dedicato al lavoro preparatorio e alle fasi di lavoro precedentemente descritte.

Figura 2. Distribuzione per genere ed età

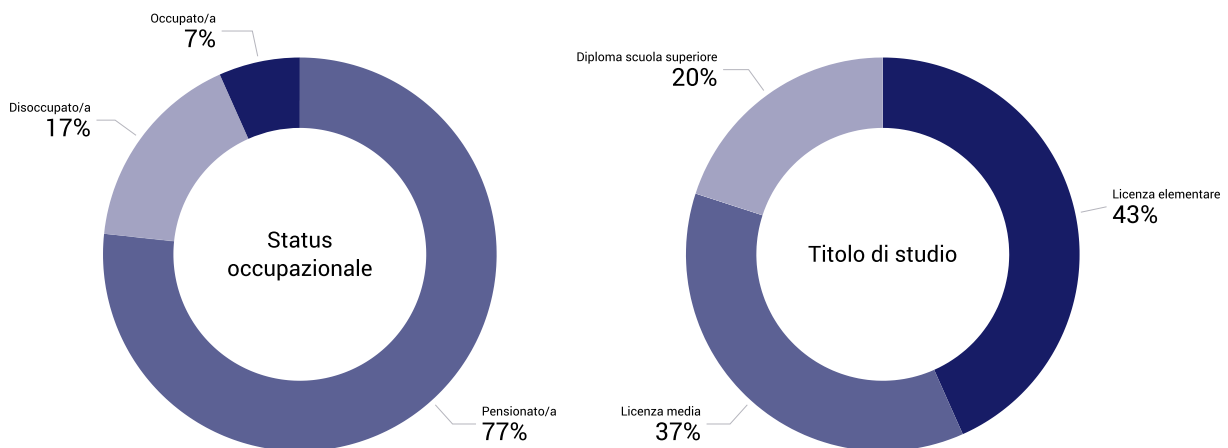


Fonte: Elaborazione delle autrici.

Di quest'ultima categoria fanno parte due persone molto prossime al target di progetto (61 e 64 anni) e tre considerevolmente più giovani: una donna di 29 anni (di nazionalità peruviana, accolta per un bisogno di natura sanitaria seguito dall'esigenza di un supporto nella regolarizzazione della sua permanenza sul territorio italiano, che il progetto non ha potuto fornire), una donna di 43 anni (anch'essa di nazionalità peruviana, con esigenze di natura socio-assistenziali, di relazione e inclusione), un uomo di 43 anni (che ha avuto accesso al PReSS per un riconosciuto bisogno primario di socialità, a seguito del quale è emersa la presenza di un nucleo familiare multiproblematico con esigenza di progettare il "Dopo di noi" per uno dei familiari), e una donna di 47 anni (bisogno primario di natura socio-assistenziale e bisogno "inespresso", ma colto dall'operatore di comunità, di relazione e socializzazione rispetto al quale la persona è stata messa in contatto con la rete informale di volontari/e e persone disponibili per la comunità in fase di attivazione). Come è possibile osservare, anche i residuali casi "fuori target" accolti al PReSS presentano caratteristiche di fragilità e sono per questo state ascoltate nel tentativo di offrire loro risposte all'interno della comunità di riferimento.

In termini di status occupazionale (Figura 3), il 77% dell'utenza risulta pensionata, il 17% disoccupata e solo il 7% (un paio di persone tra quelle under 65) occupata. La Figura 4 descrive come quasi la metà del campione (43%) posseda come titolo di studio la licenza elementare, mentre il 37% ha una licenza media e il 20% ha conseguito un diploma di scuola superiore.

Figure 3 e 4. Status occupazionale e titolo di studio

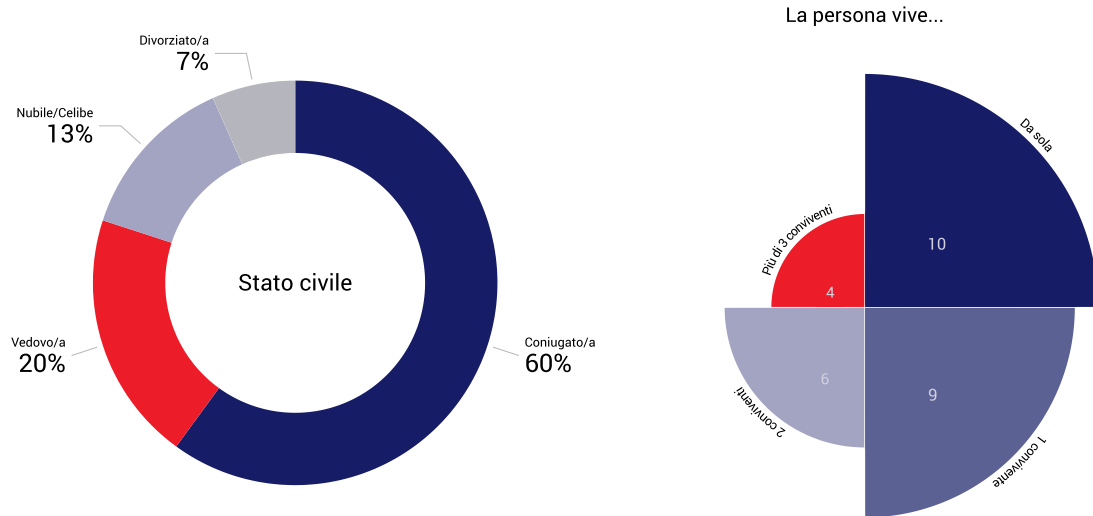


Fonte: Elaborazione delle autrici.

La **quota preponderante** dell'utenza PReSS è **italiana (83%)**; gli utenti di **altra nazionalità** rappresentano **il 13%** del totale (4 casi: 2 tunisini e 2 peruviani); **1 caso** con nazionalità non dichiarata.

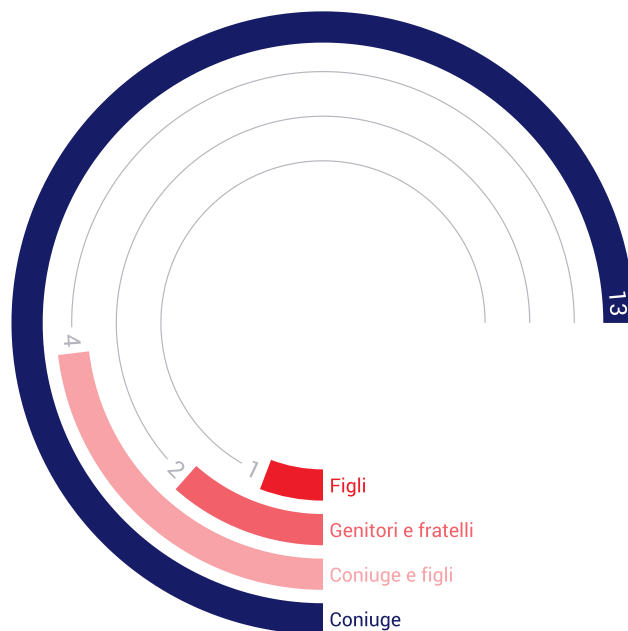
La Figura 5 mostra una prevalenza di persone coniugate (60%) e una quota non indifferente di persone vedove (20%), nubili/celibi (13%) o divorziate (7%). Per quanto concerne la composizione del nucleo familiare (Figura 6), è significativo che un terzo del campione (10 su 30) viva da solo, quasi altrettanti (9 persone) vivano con una persona, mentre 6 persone vivono con due conviventi e 4 con più di 3. La rappresentazione che segue, (Figura 7) dettaglia il grado di parentela tra utente del PReSS e persone conviventi: si tratta, per oltre la metà dei cas (13 su 20 che non vivono da sole) del coniuge, mentre 4 persone vivono con coniuge e figli, 2 con genitori e fratelli, 1 con il/la solo/a figlio/a.

Figure 5 e 6. Stato civile e composizione del nucleo



Fonte: Elaborazione delle autrici.

Figura 7. Stato civile e composizione del nucleo



Fonte: Elaborazione delle autrici.

Oltre alle persone conviventi, che rappresentano il principale elemento familiare per la persona, il monitoraggio ha indagato anche la rete di persone non convivente sulla quale l'utente del PReSS dichiara di poter contare: il 77% di loro (23 persone su 30) dichiarano di poter fare affidamento su persone esterne al nucleo familiare (in ordine di prevalenza: figli/nipoti, altri familiari, vicini di casa, amici). Tra le reti sociali informali, tuttavia, risulta evidente l'isolamento della maggior parte delle persone che ci sono rivolte al PReSS: **l'80% ha dichiarato di non frequentare enti del territorio** - come associazioni, parrocchie o altri gruppi informali. Nessun utente segnala l'impiego di un'**assistente familiare**. Questo quadro è coerente con un **target anziano** a rischio di **isolamento** e con **reti di sostegno informale** non sempre attive o sufficienti.

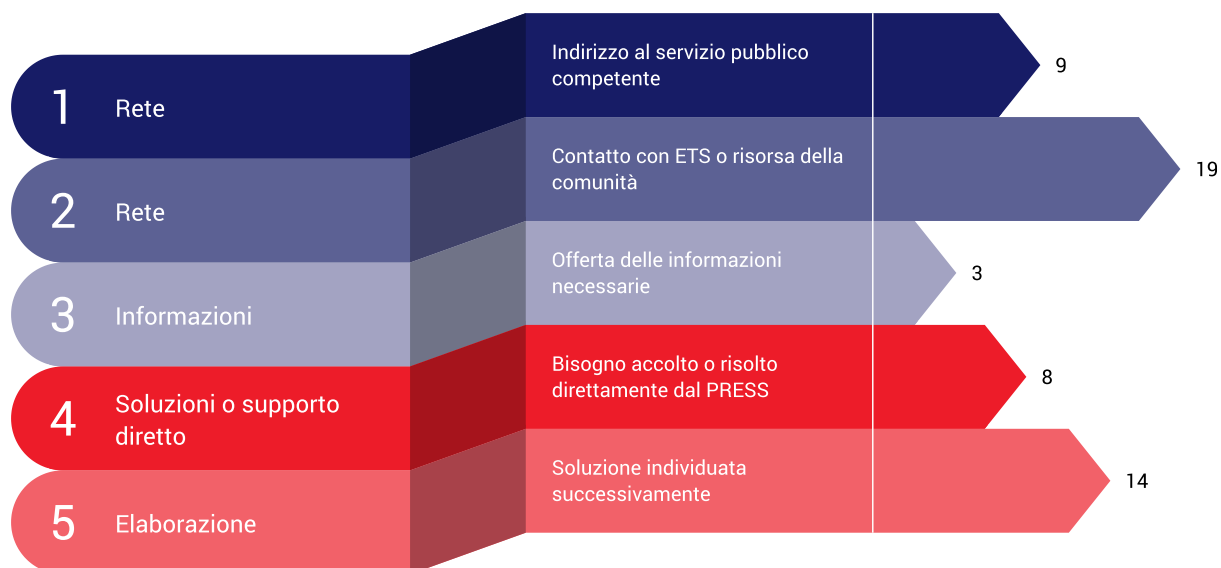
Per quanto riguarda lo **stato di salute** delle persone beneficiarie del progetto in qualità di utenti, oltre un terzo (33%) presenza una patologia cronica o una disabilità, il 20% è affetto da una condizione transitoria, mentre il 47% appare in buona salute ma con bisogni che ricadono (almeno espressamente) al di fuori dell'area sanitaria. In termini di rapporto con i servizi pubblici locali, è importante evidenziare che **il progetto mostra di aver intercettato una percentuale significativa di persone non in carico ai servizi sociali (83%), né rivolte ad essi per il bisogno che hanno portato al PReSS (80%).**

Guardando più da vicino ai **bisogni dell'utenza**, distinti tra principali, secondari e inespressi, gli accessi ai PReSS restituiscono una domanda prevalentemente **socio-assistenziale** e di **socialità/relazione**, con una quota rilevante di **orientamento sanitario** e **disbrigo di pratiche**. In particolare, il bisogno principale più frequente è di **natura socio-assistenziale** (9 casi), seguito da **socialità/compagnia** (6), **sanitario** (4) e **burocratico-amministrativo** (4). A livello territoriale, gli accessi si distribuiscono in modo relativamente equilibrato fra **Ronco** (11), **Valdilana** (10) e **Occhieppo** (7), confermando pattern diversi già emersi nelle interviste: a Ronco prevale l'**ascolto di prossimità** con piccoli accompagnamenti; a Valdilana la **messa in connessione** con servizi e reti (anche per difficoltà logistiche e dispersione frazionale); a Occhieppo la richiesta include elementi di **socialità a bassa soglia** e supporti pratici leggeri.

Sul piano operativo, le **risposte** più ricorrenti attivate dagli sportelli sono **accompagnamento e orientamento** (verso servizi sociali/sanitari o risorse di comunità), **informazione/pratiche** (SPID, ISEE, modulistica) e l'innescio di **micro-azioni** di rete (es. aggancio a iniziative di gruppo). La Figura 8 mostra nel dettaglio la distribuzione delle risposte offerte, categorizzandole tra risposte di "rete" (istituzionale o interna alla comunità), offerta di informazioni, supporto

diretto o elaborazione di soluzioni progressive⁹.

Figura 8. Distribuzione delle risposte offerte (per categoria) a bisogni primari, secondari e inespressi



Fonte: Elaborazione delle autrici.

Per quanto riguarda, infine, il **follow-up** dell'utenza, si evidenzia che 12 utenti hanno ottenuto direttamente una risposta o soluzione dal PReSS, 14 l'hanno ricevuta dopo un periodo di valutazione della situazione e di lavoro di rete e negoziazione delle possibili soluzioni con utenti/caregiver/enti erogatori, 2 soli risultano non di competenza PReSS (es. rinnovo permesso di soggiorno, visita invalidità) e 1 non accettata dall'utente stesso. Questa distribuzione suggerisce una **presa in carico progressiva**, in cui i PReSS svolgono un ruolo di **cerniera tra bisogni complessi e risorse della rete**, gradualmente attivata previo ascolto attento dei bisogni e a seconda delle caratteristiche specifiche di ciascuna situazione. In altre parole, la **traiettoria dei follow-up** indica una buona **capacità di problem solving** (casi risolti) e, al tempo stesso, una **presa in carico "in divenire"** (soluzioni in valutazione) coerente con interventi di comunità e con la natura multidimensionale dei bisogni.

9. Il totale per ciascuna categoria (9 + 19 + 3 + 8 + 14 = 53) esula i 30 utenti accolti poiché il grafico si riferisce a bisogni primari, secondari e inespressi, anche attribuibili a un medesimo utente.

Box 2. Sintesi ruolo del PReSS rispetto all'utenza

Il quadro complessivo suggerisce che lo sportello ha funzionato soprattutto come **porta di accesso relazionale**: più che “erogare” prestazioni, ha collegato persone e opportunità, riducendo attriti informativi e temporeggiamenti nell'attivazione delle risposte. Inoltre, poiché una quota significativa di persone intercettate non era in carico ai servizi sociali e/o non aveva ottenuto risposte soddisfacenti pur avendoli contattati, il PReSS conferma la **funzione di prossimità e ingaggio** e il contributo alla **riduzione delle disuguaglianze di accesso**.

3.2 Registro delle attività

Nel periodo considerato sono state rendicontate **583 ore** complessive: **437 ore** di attività nei territori, **54 ore** per azioni interterritoriali (trasversali ai tre Comuni) e **92 ore** dedicate alla governance. Nel complesso, le **attività territoriali** rappresentano circa il **75%** del monte ore del progetto; le attività **interterritoriali** circa il **9,3%** e la **governance** circa il **15,8%**. Questa struttura evidenzia un **equilibrio operativo** fra erogazione di prossimità e lavoro di sistema. I paragrafi che seguono approfondiscono meglio ciascuna categoria di attività.

3.2.1 Attività territoriali

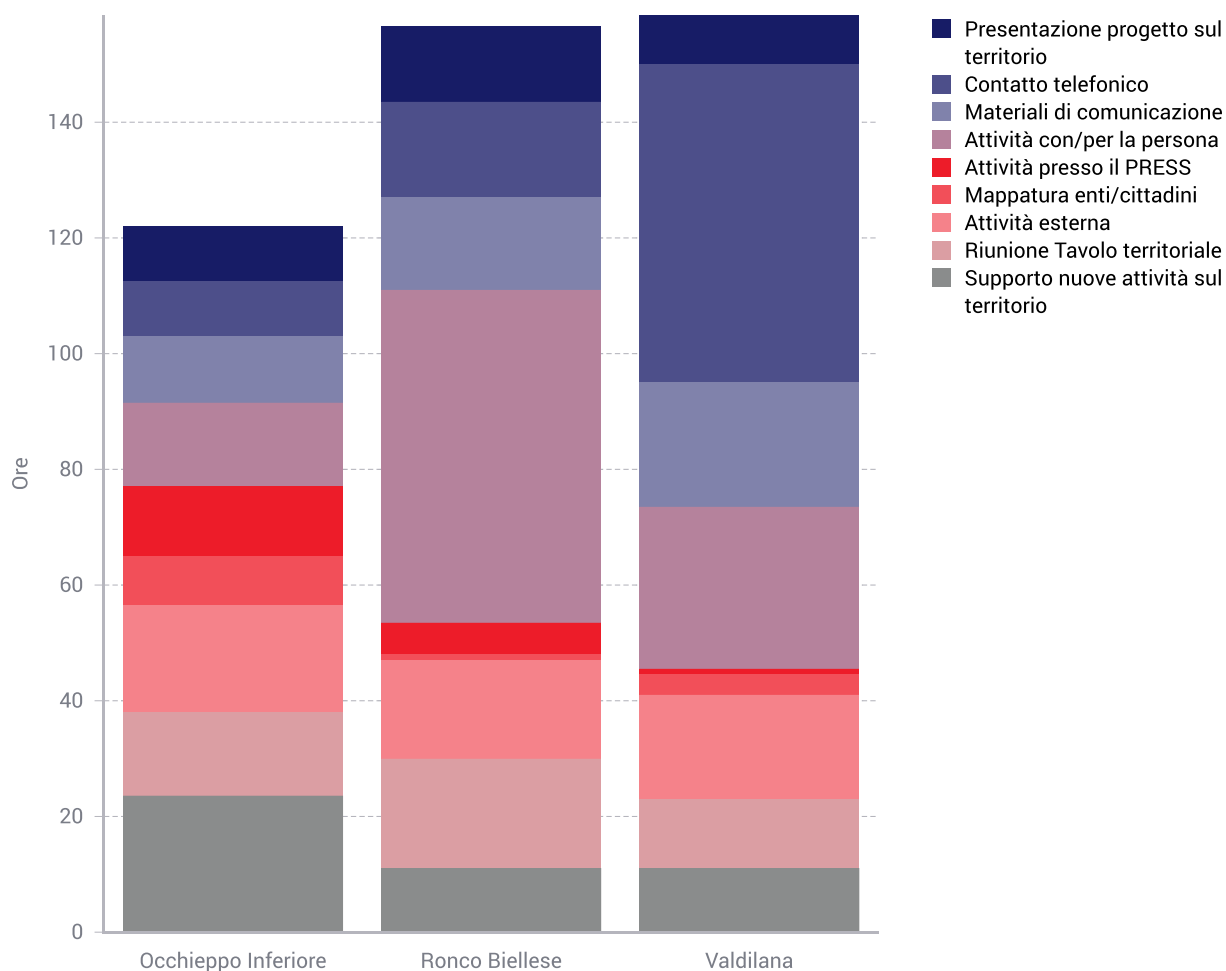
L'alta quota di ore territoriali ($\approx 75\%$ del totale) è coerente con una strategia di **presenza di prossimità**, ed è così distribuita:

- **Valdilana** (158 ore): territorio esteso e pluricentrico; l'impegno orario più alto è coerente con la necessità di coprire più frazioni e con la presenza di reti associative radicate. Portare avanti un lavoro di comunità in questo tipo di contesti suggerisce di monitorare la capillarità (ore per frazione/quartiere) e l'equilibrio fra sportello, *outreach* e tavoli periodici;
- **Ronco** (157 ore): impegno simile a Valdilana in valori assoluti; dato il bacino demografico minore, l'**intensità pro-capite** plausibilmente più elevata può favorire **interventi mirati** (caregiver, socialità, prevenzione secondaria);

- **Occhieppo** (122 ore): minor numero di ore territoriali, che possono riflettere la compattezza territoriale e **fasi di avvio** differenti, dovute anche a quella che le interviste identificheranno come “lentezza” amministrativa della macchina comunale (cfr. Cap. 4).

Su tutti e tre i territori, le attività territoriali hanno incluso **sportelli di prossimità** (PReSS), **incontri/laboratori** di socialità ed educazione alla salute, **outreach** in spazi pubblici e luoghi informali, **orientamento e invii** a servizi sanitari/sociali, nonché **coordinamento dei tavoli territoriali** (Figura 9).

Figura 9. Distribuzione delle attività territoriali sui tre territori della sperimentazione



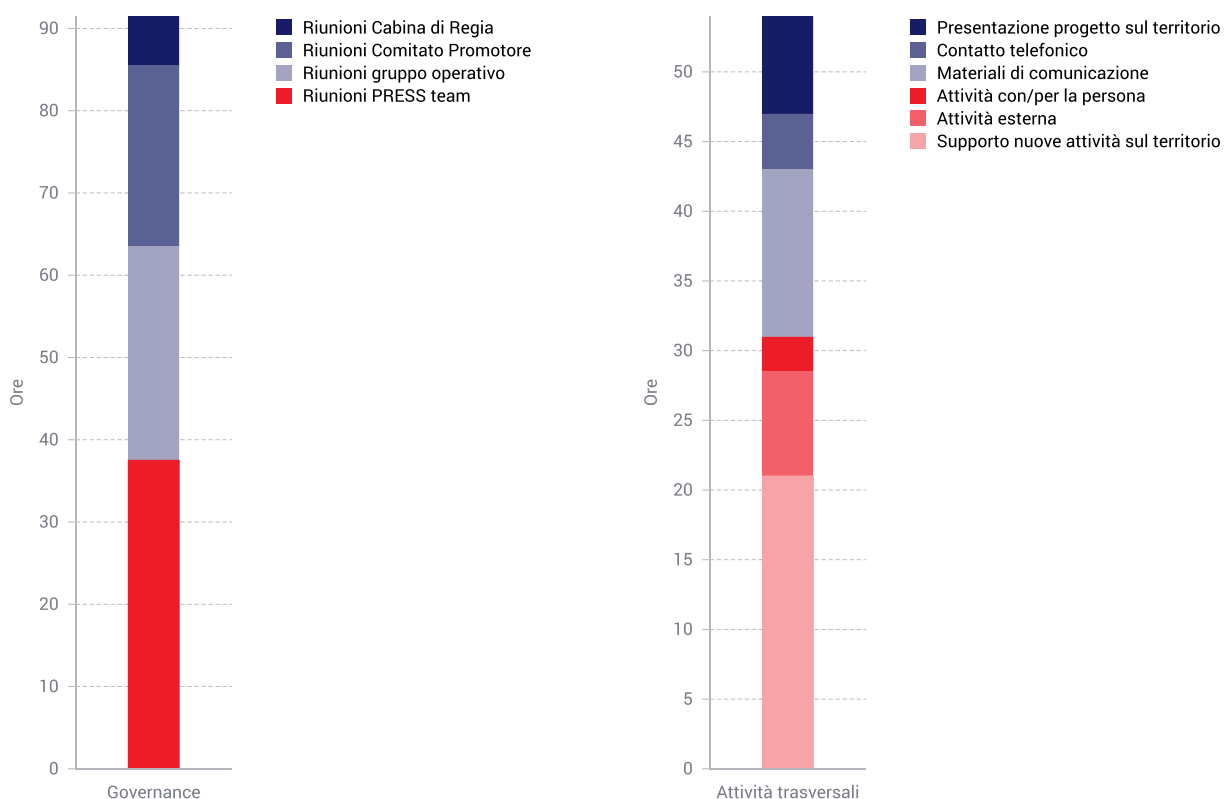
Fonte: Elaborazione delle autrici.

L'articolazione delle attività territoriali in setting diversi (comunali, associativi, socio-sanitari, informali) ha favorito l'ingaggio di persone altrimenti meno raggiungibili dai canali tradizionali e ha permesso di attivare risorse di comunità "sommerse" o mai messe in comunicazione l'una con l'altra (come le interviste valutative hanno successivamente confermato).

3.2.2 Attività inter-territoriali e di governance

La quota di **ore di governance** (92 ore, circa il 16% del monte ore progettuale complessivo) segnala un investimento in **coordinamento tra i territori (es. PReSS team) e generale (Comitato Promotore, Cabina di Regia e PReSS team)** utile alla sostenibilità del progetto e della rete gradualmente costruita e rafforzata. Accanto all'impegno sulla governance, le **54 ore interterritoriali** denotano la costruzione di **tavoli permanenti** e momenti di **coordinamento**. (Figure 10 e 11).

Figure 10 e 11. Distribuzione delle attività di governance ed inter-territoriali



Fonte: Elaborazione delle autrici.

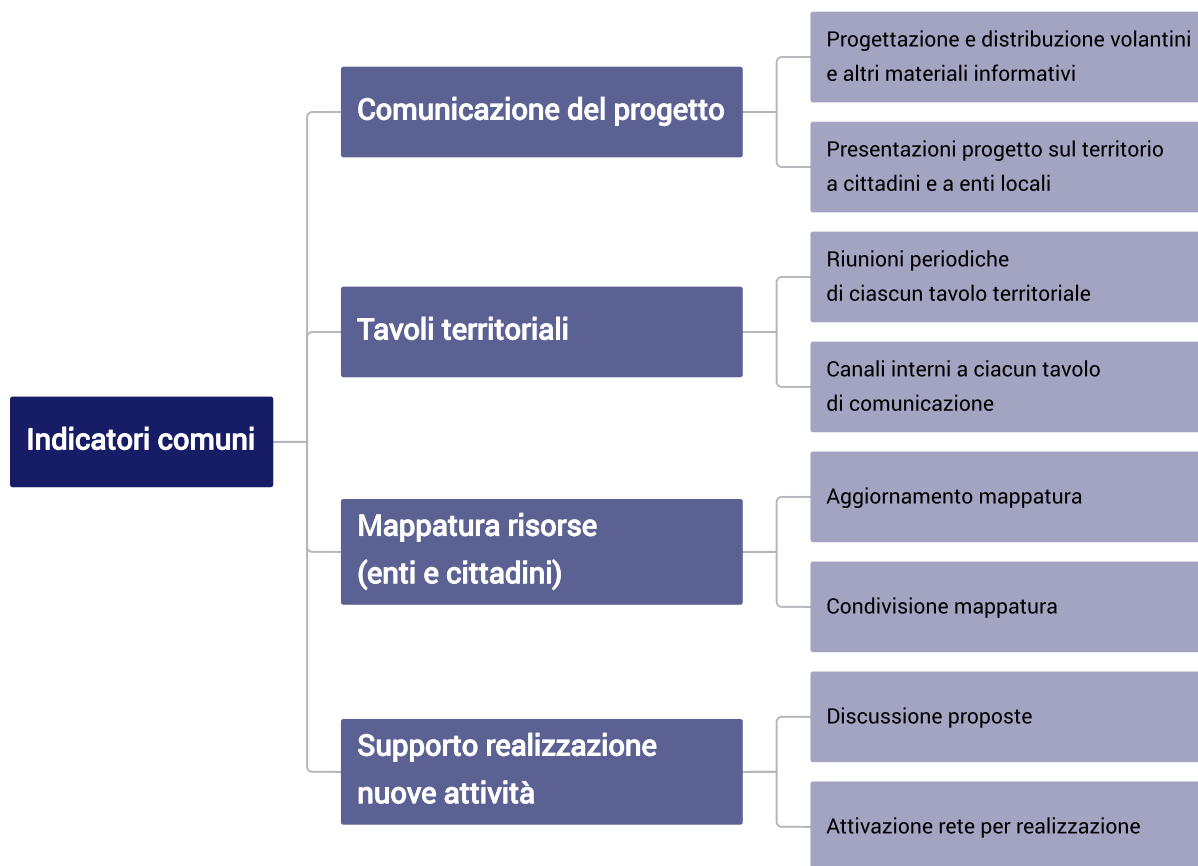
Mentre le ore spese in attività di governance hanno chiaramente ricoperto una funzione di coordinamento e di riallineamento, dal livello di indirizzo a quello operativo, le ore dedicate alle attività inter-territoriali **hanno avuto ripercussioni sui Comuni interessati dalla sperimentazione**, includendo, ad esempio, le ore spese per la comunicazione del progetto (progettazione, produzione e distribuzione dei materiali), per la presentazione dello stesso a enti e cittadini (entrambi monitorati da specifici indicatori), nonché per il supporto ad attività congiunte in forma più estesa sul territorio tra Comuni limitrofi ma esterni alla sperimentazione, come Zumaglia).

3.3 Indicatori comuni e territoriali

Gli indicatori sono stati strutturati per ricalcare la logica del progetto, con l'obiettivo di realizzare una sorveglianza operativa dell'implementazione e dei risultati di breve periodo, preziosi ai fini di una modellizzazione e di una eventuale trasferibilità dell'intervento.

A partire dalla logica dell'intervento ricostruita nelle prime fasi (cfr. [Capitolo 2](#)), gli indicatori comuni e quelli territoriali sono stati individuati a partire da una "architettura" che ricalcasse gli obiettivi individuati e che consentisse di monitorare l'andamento del progetto rispetto alle finalità espresse. La Figura 12 raffigura l'architettura degli indicatori comuni, mentre la Figura 13 quella degli indicatori territoriali (suddivisi per Comune), entrambe seguite dalle tabelle che ne riportano rispettivamente i valori.

Figura 12. Architettura degli indicatori comuni ai tre territori



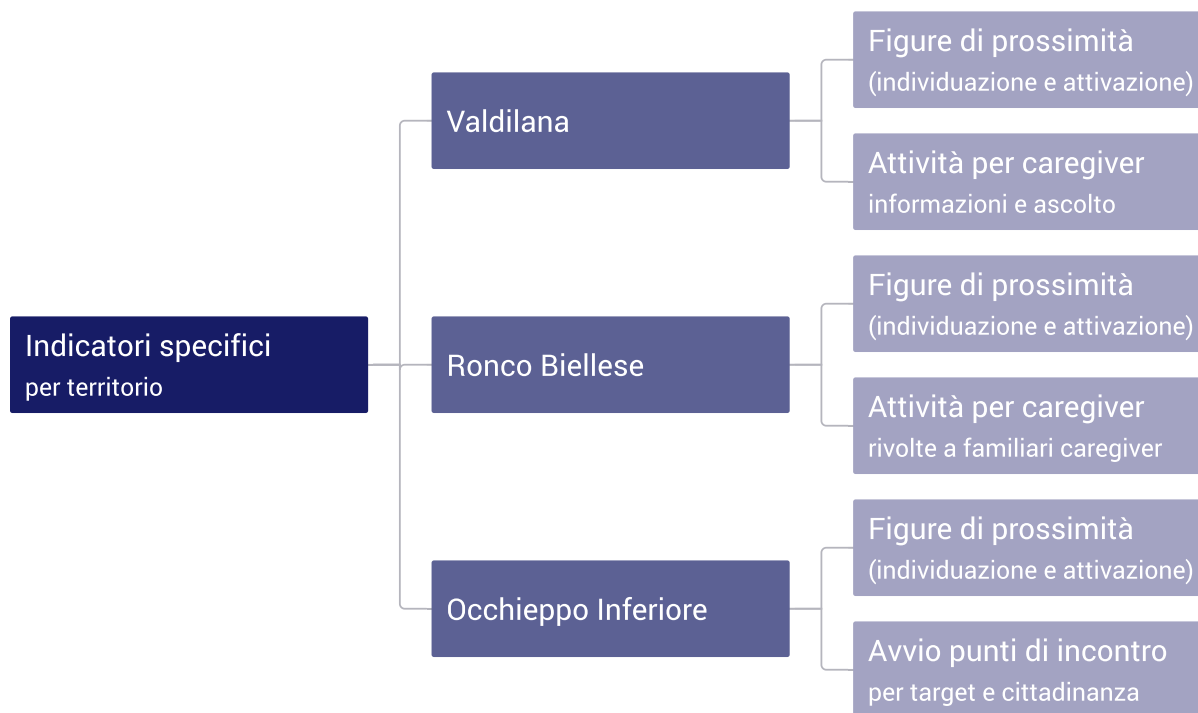
Fonte: Elaborazione delle autrici.

Tabella 4. Valori degli indicatori comuni ai territori

Indicatore	Valdilana	Occhieppo Inf.	Ronco Biellese	Trasversali
Volantini Articoli stampa	250 1 (rivista AMA)	150 + 130 eventi 1 stampa locale	150 + 160 eventi 5 stampa locale	/ 2 (2W, Labsus)
Presentazione progetto	23 enti 16 cittadini/e	25 enti 34 cittadini + eventi pubblici	18 enti 34 cittadini + eventi pubblici	2 (Progetto Arcipelago, Prospettiva Salute Bergamo)
Soggetti che diffondono il progetto	14 (cittadini, professionisti, farmacie, esercenti)	22 (cittadini, MMG, esercenti, ciclofficina)	19 (cittadini, delegati fraz., esercenti, MMG)	Partner, soggetti coinvolti anche su territori diversi
Invitati ai tavoli e frequenza degli incontri	20, ogni mese ½-2	15, ogni mese ½	21, ogni mese ½	/
Media dei partecipanti ai tavoli	15	11	9	/
Comunicazione interna	1 mailing list + chat	1 mailing list + chat	1 mailing list	Canali governance
Soggetti inseriti in mappatura	27 enti 25 cittadini volontari	11 enti 13 cittadini/ referenti	13 enti 14 cittadini	/
Risorse attivate	12 + 5 apriporta	7 + 6 ref. frazionali	11	/
Condivisione mappatura	Operatrice, con ipotesi trasferimento al Comune	Operatore, in futuro catalogo condiviso	Operatore, soluzione in via di definizione	/
Attività discusse e promosse dai tavoli	5 proposte 4 realizzate (apriporta, caregiver, formazione, Anno della Salute)	8 proposte 7 realizzate (condivisione catalogo in corso)	11 proposte 10 realizzate (condivisione catalogo in corso)	Formazione volontari, Iniziative per caregiver, Figure di prossimità

Fonte: Elaborazione delle autrici.

Figura 13. Architettura degli indicatori specifici per territorio



Fonte: Elaborazione delle autrici.

Tabella 5. Valori degli indicatori specifici per territorio

Indicatore	Valdilana	Occhieppo Inferiore	Ronco Biellese
Figure di prossimità	10	6	12
Incontri e attività per caregiver	3 → momenti partecipati di ascolto bisogni e proposte nuovi incontri	- 3 incontri - Avvio gruppo AMA con Ronco (6 persone)	- 3 (poi estesi su Biella) - Avvio gruppo AMA con Occhieppo (6 persone)
Punti di incontro	/	PRESS (3 utenti + 6 partecipanti gruppo AMA)	/
Sperimentazione condominio solidale	Non ancora avviata per motivi esterni al progetto	/	/

Fonte: Elaborazione delle autrici.

Come è possibile osservare dalla Tabella 5, alcuni indicatori nati come specifici di un territorio hanno ispirato, nel corso della sperimentazione, iniziative analoghe e coordinate in uno o più degli altri Comuni, in virtù del riscontro di un medesimo bisogno (è il caso delle figure di prossimità e delle attività informative rivolte ai caregiver) o dell'esigenza di unire risorse ed energie per avviare un percorso (è il caso del gruppo di auto-mutuo-aiuto che accomuna Ronco Biellese e Occhieppo Inferiore). Questa "ibridazione", pur rispettando le peculiarità di ciascuno dei tre contesti, segnala anche una costante comunicazione e uno scambio che rende pensabili progettualità allargate a territori limitrofi, soprattutto se individualmente carenti di risorse, spazi da mettere a disposizione, potenziali beneficiari e altre forme di contributo a iniziative comuni.

Per concludere, il monitoraggio mostra una **presenza territoriale sostanziale** e una **governance attiva**, con tavoli locali periodici e azioni interterritoriali che abilitano la collaborazione. L'utenza intercettata evidenzia bisogni socio-relazionali e amministrativi oltre a quelli sanitari, confermando l'utilità di presidi leggeri e reti di comunità. I *follow-up* mostrano un **bilanciamento** tra soluzioni immediate e percorsi in costruzione, che richiedono la concertazione e l'attivazione di una serie di risorse, vero cuore del lavoro di comunità.

Tabella 6. Punti di forza e di debolezza/da sviluppare emersi dal monitoraggio

Punti di forza	Punti di debolezza / da sviluppare
<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento utenza non in carico/ non rivolta ai servizi (raggiungimento di cittadini/e "scoperti/e" rispetto ad alcuni bisogni). • Coinvolgimento utenza non coinvolta in attività di enti e associazioni locali (a maggior rischio isolamento). • Istituzione tavoli territoriali permanenti e partecipati attraverso incontri periodici. • Avvio di attività proposte all'interno dei tavoli (es. incontri per caregiver). 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di accessi di PReSS inferiori alle aspettative. • Modalità di condivisione delle mappature non ancora definite. • Tempi della sperimentazione (necessariamente) limitati: iniziative ancora in fase di definizione e/o espansione.

Fonte: Elaborazione delle autrici.

4. L'implementazione del progetto: una valutazione qualitativa

Nel presente capitolo sono presentati i risultati dell'analisi svolta a partire dalle interviste condotte con quattro gruppi fondamentali di attori:

- **Comitato Promotore (CP)**, nato a maggio 2022 in un contesto di riflessione allargata sulle forti carenze nelle risposte territoriali emerse durante il Covid-19, specialmente per le persone più fragili. Il Comitato è composto prevalentemente da professionisti in pensione provenienti dall'ambito sanitario (medici, ex direttori sanitari e amministrativi ASL) e sociale (ex direttori di consorzi). La scelta di costituirsi come Comitato è stata motivata dalla necessità di semplicità e flessibilità, poiché l'obiettivo era realizzare una sperimentazione con un inizio e una fine definiti, senza l'intenzione di creare una struttura permanente, parallela agli attori istituzionali o al ricco ma frammentato associazionismo biellese. La collaborazione interna è stata forte, flessibile e facilitata dalla pregressa conoscenza professionale e reciproca stima tra i membri;
- **Gruppo Operativo (GO)** che comprende due membri più operativi del Comitato Promotore e la cooperativa sociale Maria Cecilia che ha lavorato sui tre Comuni, prevedendo inoltre un PReSS team di confronto;
- **Attori Istituzionali trasversali ai territori (AI)**, che comprendono prevalentemente i due Consorzi Socio-Assistenziali (IRIS e CISSABO), la ASL di Biella e le Centrali Operative Territoriali (COT).
- **Attori Territoriali (AT)** legati a ciascuno dei tre Comuni coinvolti, nelle figure di amministratori, rappresentanti di associazioni e di altre realtà del territorio, volontari/e, caregiver e beneficiari/e diretti/e del progetto.

L'analisi ha preso in esame alcuni macro-elementi necessari a impostare una modellizzazione della sperimentazione realizzata attraverso *Tessere la Salute*, ponendo particolare attenzione ai temi della governance, delle reti, della concreta implementazione del progetto, dei suoi esiti, degli ostacoli incontrati, dei fattori abilitanti e della sostenibilità della progettualità. In particolare, come anticipato nel capitolo dedicato alla metodologia, l'analisi è stata guidata dalle seguenti domande valutative:

- Come vengono descritte governance e processi operativi?

- Quali esiti (attesi e inattesi) sono percepiti a livello individuale, comunitario e inter-istituzionale?
- Quali barriere e facilitatori emergono in ciascun contesto comunale?
- In che misura le reti tra attori si sono ampliate o rafforzate?
- Quali elementi di sostenibilità e trasferibilità sono riconoscibili?

Per ciascuno dei temi elencati e per rispondere alle domande così formulate, il capitolo offre una sintesi interpretativa, ricorrendo a evidenze e citazioni esemplificative che tutelano l'anonimato delle intervistate e degli intervistati, facendo riferimento - ove necessario - alla sola categoria di appartenenza del parlante citato (CP, GO, AI, AT) e alla sigla del Comune nel caso degli attori territoriali (es. AT-Ron per una citazione estratta dall'intervista a un attore di Ronco Biellese), seguito da un numero progressivo per distinguere i parlanti.

4.1 Tra disegno iniziale e implementazione reale

Il progetto *Tessere la Salute* nasce come sperimentazione orientata alla prossimità e alla costruzione di capitale sociale utile alla salute, intersecando servizi pubblici, Terzo Settore e iniziative civiche e derivanti “dal basso”, ovvero dalla stessa comunità anche attraverso modalità informali. Questa ambizione ha raggiunto risultati concreti, mostrando “la forza di unire i tasselli: sanità, Comuni, servizi sociali, medici di base, cittadinanza” (AT-Val5) e di diventare “un collettore, un sistema enzimatico che mette al centro le relazioni” (AI1). Come spesso accade nel passaggio che lega progettazione ed effettiva implementazione degli interventi, tuttavia, la proposta iniziale ha subito una serie di trasformazioni, in parte suggerite dal confronto con i diversi stakeholders, in parte derivanti da quanto emerso e osservato sul campo dalle figure più operative del progetto.

4.1.1 Nascita e sviluppo dei tavoli territoriali periodici

Sin dalla fase di coprogettazione realizzata attraverso un primo incontro inter-territoriale e i successivi tre incontri territoriali, volti a declinare sui tre Comuni la progettualità in base alle esigenze e alle caratteristiche dei contesti specifici, *Tessere la Salute* ha visto emergere la proposta condivisa di una strategia operativa proattiva, co-costruita all'interno di **tavoli territoriali periodici (auspicabilmente permanenti)**. In sostanza, la proposta - poi concretizzatasi - è stata quella di rendere i tavoli territoriali costituiti in fase di coprogettazione degli spazi permanenti di incontro periodico in presenza, su ciascuno dei tre Comuni coinvolti, per la proposta, discussione e organizzazione di attività rivolte alla comunità locale.

I tavoli territoriali, attivati nei tre comuni di Occhieppo Inferiore, Ronco Biellese e Valdilana, hanno rappresentato la concretizzazione di un modello di **governance orizzontale e circolare**. Il loro significato risiede nel creare **luoghi di incontro fisico e di riferimento dove la comunità potesse “ragionare su quelli che sono i bisogni dei cittadini”** (GO2), costituendo dunque degli **spazi di incontro e di pensiero prima ancora che di decisione e di azione**. Questi tavoli hanno permesso di affrontare bisogni trasversali e a lungo osservati, come la solitudine, l'emarginazione e le difficoltà di trasporto, lavorando sulla convinzione radicale del progetto secondo la quale **“più le persone si sentono utili all'interno della comunità, maggiori probabilità hanno di vivere più a lungo [sicché] la salute non è solo assenza di malattia, ma è una comunità che ha delle buone relazioni”** (CP4).

I tavoli hanno cercato di espletare, in quest'ottica, una serie di funzioni chiave in un progetto come quello qui valutato :

1. **Mettere in rete le risorse esistenti**, sia formali (ASL, Consorzi) che informali (volontari, singoli cittadini e cittadine attivi, associazioni locali), consentendo - spesso per la prima volta, a detta di numerosi attori territoriali intervistati - ai membri più proattivi della stessa comunità di disporre di un **contesto periodico entro il quale “guardarsi in faccia”, ragionare insieme e co-progettare** nel senso più operativo e pratico del termine.
2. **Promuovere la cultura della responsabilità condivisa**: l'incontro periodico e ricorrente, moderato dall'operatore e dall'operatrice di comunità, ha fatto in modo di **aiutare i partecipanti a farsi “interpreti della comunità”** e a comprendere che **“ciascuno ha un ruolo”** nel benessere collettivo, in forma attiva (propositiva, operativa, di divulgazione e di coinvolgimento di altri concittadini) e non meramente passiva (come fruitore o fruitrici di servizi pensati e proposti da altri, spesso distanti dalle esigenze percepite come reali).

3. **Facilitatori terzi di soluzioni flessibili: L'operatore/trice di comunità e il Comitato**

Promotore (spesso presente, tramite alcuni suoi membri, agli incontri dei tavoli territoriali) hanno cercato di superare le logiche autoreferenziali delle associazioni e degli altri attori locali - spesso legati alle proprie prassi, identità e tradizioni di lungo periodo - agendo come “collettori per creare connessioni e dare risposte ai problemi che man mano compaiono” (GO3). Gli operatori di comunità si sono messi a disposizione come “soggetti terzi”, in tal senso, chiedendo alla comunità di ragionare sulle proprie capacità di risposta anziché fornire semplicemente una prestazione esterna e “preconfezionata”.

A fine sperimentazione, grazie all'insieme delle interviste condotte, l'importanza strategica dei tavoli territoriali è stata riconosciuta unanimemente da tutti i soggetti interpellati. Nei mesi conclusivi del progetto, il Gruppo operativo ha lavorato affinché le amministrazioni comunali di Valdilana, Ronco Biellese e Occhieppo Inferiore formalizzassero tali tavoli tramite un atto deliberativo, impegnandosi per la parte di loro competenza a mantenerli in vita, sebbene **tale formalizzazione sia una condizione “necessaria ma non sufficiente” per la loro continuità** (CP3). Essa rappresenta il passaggio in cui **il progetto smette di essere “iniziativa” e diventa meccanismo intrinseco del territorio**, e la delibera comunale non dovrebbe essere un mero atto simbolico, bensì assegnare funzioni minime (convocazione, facilitazione, verbalizzazione di ogni incontro), preservare una memoria delle decisioni collettivamente prese, abilitare continuità nonostante l'avvicinarsi delle persone partecipanti.

Le interviste con il Gruppo operativo e gli attori territoriali hanno inoltre evidenziato come, all'interno dei tre Comuni, i tavoli, pur condividendo il medesimo modello metodologico ed essendo nati parallelamente, abbiano assunto forme e dinamiche diverse in base alle specificità territoriali e umane di ciascun comune, dando vita a proposte distinte sintoniche con le sensibilità locali e le priorità percepite come tali (Tabella 7).

Tabella 7. Specificità dei tre Tavoli territoriali

	Occhieppo Inferiore	Ronco Biellese	Valdilana
Dinamiche	Partecipazione della cittadinanza molto forte, animata da figure chiave come una volontaria particolarmente attiva. Tuttavia, la collaborazione istituzionale del Comune è stata definita a tratti “discontinua”. Questo scollamento tra la base attiva e il vertice istituzionale ha rallentato le iniziative (es. lunghe tempistiche per la firma di una convenzione volta all'avvio di un corso di fisioterapia di gruppo) e generato alcuni timori per il proseguimento del tavolo al termine della sperimentazione.	Il tavolo ha visto una buona partecipazione di cittadini e volontari, mostrandosi “molto pratici e concreti”. Ronco ha valorizzato la figura dei “rappresentanti frazionali” formalizzati dal Comune, che il tavolo si è impegnato a rendere sostanziali e non solo nominali, trasformandoli in portavoce attivi della comunità.	Il tavolo di Valdilana si è rivelato “prettamente istituzionale”, con la maggior parte dei partecipanti provenienti dal Comune, dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) e dai servizi sociali. La presenza istituzionale, rilevante ed apprezzata, si è gradualmente associata ad una comunità civile molto attiva. L'ostacolo principale riferito è stato il coinvolgimento delle associazioni (ben 86), molte delle quali autoreferenziali e poco disposte a una partecipazione regolare, forse nutrendo preoccupazioni relative alla propria tradizione e autonomia.
Attività principali*	La comunità ha promosso un forte coinvolgimento intergenerazionale, come la connessione con centri estivi e con gli/le ospiti della casa di riposo. A beneficio dei familiari <i>caregiver</i> , è stato avviato un gruppo di auto-mutuo-aiuto comune ai territori di Occhieppo e di Ronco. Nonostante la proattività, l'avvio di “punti di incontro” e altre iniziative è stato rallentato e al momento rimandato dalle difficoltà istituzionali già menzionate.	Oltre al lavoro sui <i>caregiver</i> , attraverso incontri informativi e di ascolto, Ronco è stato il teatro di iniziative di sensibilizzazione e coesione sociale, come il progetto artistico e di riflessione sul “Quarto Stato”. Durante la Sagra del Paillet è stato allestito un tavolo per far conoscere il progetto e ampliare il bacino di cittadini e cittadine disponibili a mettere a disposizione a titolo volontaristico il proprio tempo e le proprie risorse.	L'attività di punta è stata la creazione di percorsi per i <i>caregiver</i> (poi estesi agli altri due Comuni), focalizzati sia su nozioni tecniche che sulla condivisione emotiva e sulla legittimazione del loro carico di cura. Il tavolo ha ideato anche la figura degli “apriporta”, figure di prossimità non (ancora) formalizzate con funzione di “sentinelle nelle varie frazioni”, essenziali in un territorio frammentato per far emergere i bisogni inespresi.

Fonte: Elaborazione delle autrici.

* Il dettaglio delle attività realizzate e i relativi indicatori sono stati illustrati nel capitolo precedente ([Capitolo 3](#)) dedicato ai risultati del monitoraggio.

In sintesi, i tavoli territoriali hanno dimostrato di essere il **“fulcro della connessione”**, facilitando la comprensione che il benessere della comunità richiede un lavoro culturale continuo. Nonostante le difficoltà (es. diffidenza iniziale, resistenze istituzionali, autoreferenzialità di alcune associazioni), i tavoli hanno lasciato un’eredità di “maggiore consapevolezza sull’importanza di “fare rete”” e un modello replicabile, purché sia garantita la presenza di un professionista dedito alla cura e al mantenimento di questa rete.

Anche le interviste condotte con gli attori territoriali hanno riconosciuto come *Tessere la Salute*, attraverso i **tavoli territoriali**, abbia risposto a un’esigenza fondamentale e ampiamente riconosciuta nel Biellese: superare la frammentazione dei servizi e raggiungere i bisogni latenti di una popolazione, specialmente anziana e fragile, spesso caratterizzata da solitudine e diffidenza. Le fonti evidenziano come questi tavoli siano diventati il “momento comune di tutte le realtà”, rafforzato dal parallelo lavoro degli operatori di comunità che hanno lavorato attivamente nel territorio.

La Tabella 8 evidenzia punti di vista specifici e attori territoriali di rilievo emersi sui tre Comuni come centrali nell’implementazione del progetto.

Tabella 8. La visione sui tavoli degli attori territoriali

Occhieppo Inferiore	Ronco Biellese	Valdilana
<p>Comune percepito come una “cintura” di Biella, attraversato da un forte “andirivieni di persone”, nonostante la presenza di associazioni radicate esse faticano ad attrarre nuove leve (scarso ricambio generazionale). Sebbene la partecipazione istituzionale sia stata talvolta delegata, l'utilità del tavolo è stata riconosciuta per la sua capacità di generare uno “scambio costruttivo di idee” e prevenire o appianare conflitti tra le parti. L'amministrazione auspica una fase successiva focalizzata su eventi ludici e inclusivi, come un “Palio dei rioni,” per creare senso di appartenenza e coinvolgere in modo intergenerazionale la comunità.</p>	<p>Ronco si trova ad affrontare problematiche logistiche acute che impattano sulla popolazione, in particolare anziana: è meno accessibile di Occhieppo, e la mancanza di continuità nei medici di base costringe gli anziani a spostarsi, risentendo della carenza di adeguati mezzi di collegamento. Il Sindaco, pur riconoscendo il valore del progetto per il territorio e le persone fragili che lo abitano, ha delegato l'operatività a consiglieri e delegati frazionali, come Mario Clerico (Presidente del Comitato Promotore del progetto).</p>	<p>Valdilana, caratterizzato da “dispersione geografica”, non soffre tanto l'assenza di servizi, ma la difficoltà di “mettere in relazione le persone con questi servizi” a causa della scarsa conoscenza o della difficoltà di accesso (anche burocratico). L'amministrazione ha riconosciuto nel progetto “un link, un collegamento tra i cittadini e i servizi”, un'operazione complessa anche per gli enti stessi, che non sempre conoscono tutte le risorse disponibili sul territorio. Almeno una MMG (Medico di Medicina Generale) ha collaborato al progetto mettendo in contatto una caregiver con l'operatrice di comunità, poi attivatasi offrendo alla donna un supporto (attivazione volontarie della Croce Rossa a domicilio) e diventando, a detta della fruitrice stessa, un riferimento prezioso prima mancante.</p>
<p>Un attore fondamentale è stata la Fondazione Cerino Zegna (RSA), che ha cercato nel tavolo l'opportunità di “interagire con il comune e la comunità in modo più stretto”. Grazie al tavolo, sono state avviate sedute di fisioterapia di gruppo a prezzo agevolato per gli over 65. La Fondazione ha anche lanciato il progetto “Nel cuore della cura” (visite guidate alla struttura) per sfatare la percezione stereotipata della RSA, con riscontri positivi nonostante l'iniziale bassa affluenza.</p> <p>Tra i cittadini, volontarie “super attive” hanno portato al tavolo una profonda conoscenza del territorio e dell'associazionismo. Iniziative di solidarietà, come i gruppi di cammino, nascono anche spontaneamente in paese, ma manca ancora un “aggregatore” (figura e spazio) anche inter-generazionale. Gli intervistati considerano inoltre centrale la creazione e condivisione di un catalogo delle associazioni, per migliorare la comunicazione, la conoscenza delle risorse e prevenire “doppioni” di servizi.</p>	<p>I partecipanti al tavolo, inclusi i delegati frazionali (già esistenti), l'RSA locale e l'operatore di comunità, hanno affrontato direttamente il “problema della solitudine che si percepisce localmente. Cittadini attivi e volontari/e hanno utilizzato la loro rete per divulgare informazioni pratiche alle persone anziane, offrendo e amplificando un aiuto concreto.</p> <p>Anche il tavolo di Ronco ha coinvolto la comunità nella vita della Casa di Riposo locale, organizzando attività come passeggiate di gruppo e momenti di socialità. Inoltre, è stata avanzata la proposta di un incontro per spiegare il funzionamento del sistema sanitario alla consistente comunità peruviana locale, fragile anche a causa delle difficoltà di trasporto e di accesso ai servizi sanitari di base (come il pediatra). Il tavolo ha rappresentato un'occasione inedita per questi attori di trovarsi insieme a discutere ed elaborare proposte.</p>	<p>Il tavolo di Valdilana si è concentrato sulla mappatura territoriale e sull'attivazione della cittadinanza. L'attività più innovativa è stata l'individuazione degli “apriporta,” figure di prossimità essenziali in un territorio così vasto e frammentato. I temi trattati sono stati orientati alla gestione delle fragilità croniche e dei caregiver. La formalizzazione del tavolo è avvenuta tramite delibera, con una forte visione futura, in linea con l'apertura della Casa della Comunità (prevista per il 2026, la prima nel Biellese). Il lavoro di Tessere la Salute è stato visto come il percorso ottimale per identificare i bisogni e le risorse necessarie per “abitare” (popolare) la nuova Casa della Comunità. Sono stati discussi progetti ambiziosi, sebbene ancora “nel mondo delle idee,” come il “condominio solidale” (strutture abitative comunali ove offrire portierato sociale e assistenza infermieristica) e la figura della “badante di frazione” (residente che si prende cura in senso leggero di 2-4 vicini).</p>

Fonte: Elaborazione delle autrici.

Nonostante le differenze logistiche e demografiche dei tre comuni, diversi elementi chiave sono emersi in modo trasversale nelle voci degli attori territoriali:

- 1. L'importanza del facilitatore:** la figura dell'operatore e dell'operatrice di comunità è considerata per la gran parte delle persone intervistate **centrale e insostituibile**, specialmente nella fase sperimentale. È descritta come un "facilitatore neutrale", un "ponte" e un connettore "al di là delle parti", forte delle competenze di cui dispone, della conoscenza diretta del territorio e della terzietà rispetto alle parti coinvolte. I partecipanti di Occhieppo, Ronco e Valdilana esprimono tutti la preoccupazione che, senza questa figura di raccordo, la continuità dei tavoli e delle iniziative sarà "difficile", poiché è troppo presto per la comunità poter "camminare con le proprie gambe" individuando un facilitatore interno o una forma di corresponsabilità per la gestione continuativa dei tavoli.
- 2. La sfida della chiusura e dell'isolamento:** in tutti i territori si riscontra la difficoltà nell'agganciare i cittadini. I Biellesi sono definiti "molto chiusi" e "refrattari" ad accettare aiuto, specialmente se devono recarsi a uno sportello oppure accogliere presso il proprio domicilio persone esterne. Per questo, l'azione di *outreach* e il "passaparola" tra operatori e cittadini attivi (come i volontari o altre figure storicamente note alla cittadinanza) sono cruciali per aprire una breccia e consentire gradualmente alla persona anziana e/o fragile e alla sua famiglia di costruire un rapporto di fiducia, apertura e accettazione dei supporti offerti (inclusa la "semplice" compagnia). Tale necessità, efficacemente definita da un'intervistata come il "bisogno di veder entrare qualcuno [nella propria casa]" (AT-Val3), rappresenta un antidoto al fenomeno della povertà relazionale, introdotto nel primo capitolo e legato strettamente alla dimensione della salute.
- 3. La necessità di una manutenzione continua della rete:** l'obiettivo di *Tessere la Salute* di creare connessioni ha risuonato con la necessità, a più riprese espressa nelle interviste, di "fare una manutenzione costante di quelle che sono le relazioni sul territorio". Gli attori, infatti, hanno riconosciuto che le reti si "sfilacciano" a causa del *turnover* del personale negli enti (ASL, Consorzi e altri servizi), rendendo necessario ricominciare continuamente daccapo il lavoro di costruzione della relazione, conoscenza e coordinamento. Nonostante l'esistenza di numerose associazioni, la tendenza di alcune di loro a dimostrarsi a primo impatto "gelose" del proprio ambito rende i tavoli una risorsa essenziale per unificare gli sforzi e limare le diffidenze iniziali, creando un unico gruppo con obiettivi comuni. Anche la creazione di strumenti di comunicazione più informali, come le chat di gruppo, ha facilitato secondo gli

intervistati la circolazione delle informazioni e facilitato il mantenimento del contatto e del reciproco “tenersi presenti”.

4.1.2 Il ruolo dei PReSS

L'idea progettuale iniziale prevedeva l'attivazione di un intervento più diretto sul cittadino, primariamente centrato sullo sportello fisico (**Punto di Rete Socio-Sanitaria, PReSS**), come luogo di ascolto e accoglienza delle richieste. Tuttavia, l'esperienza sul campo ha rapidamente evidenziato che l'approccio basato sullo sportello rispondeva solo parzialmente alle reali esigenze del territorio. L'operatore/trice di comunità addetto/a allo sportello ha potuto riscontrare, soprattutto nelle prime fasi operative, un numero di accessi e di richieste “minimo”, in contrasto con le aspettative iniziali del Comitato Promotore:

“Io all'inizio immaginavo un'evoluzione diversa... Mi aspettavo un'evoluzione molto più diretta nei confronti del cittadino, dell'utente, un servizio che guardasse direttamente al cittadino utente. Invece è venuto fuori che l'esigenza era una rete, e l'altro grosso problema è che il cittadino utente in questo settore molte volte ha bisogno di andarlo a cercare, non è lui che si presenta, c'è bisogno di cercarlo.” (CP4)

Tra le **ragioni individuate** da Comitato Promotore e Gruppo operativo figurano, in sintesi: i) l'immaterialità del servizio (il PReSS a differenza di altri sportelli non offriva un servizio diretto, ma svolgeva una funzione più complessa e “immateriale” di facilitazione delle connessioni, mettendo in contatto ed indirizzando l'utenza a seconda del bisogno espresso, oppure costruendo soluzioni ex novo); ii) tempistiche di comunicazione (trattandosi di una realtà nuova, il PReSS avrebbe richiesto più tempo per essere conosciuta, qualificato e riconosciuto nelle sue potenzialità e funzioni dalla più parte della cittadinanza); iii) natura del target di progetto e dei relativi bisogni (la popolazione anziana con fragilità ha spesso bisogno di essere “andata a cercare” piuttosto che essere “attesa” come portatrice di una richiesta specifica).

Nonostante queste riconosciute difficoltà, i fruitori e le fruitrici del PReSS coinvolte nelle interviste ne hanno riconosciuto appieno l'utilità, pur esprimendo una iniziale diffidenza nei confronti di una novità dai contorni ancora sfumati (che non tutti i cittadini, seppur curiosi, hanno avuto il “coraggio” di andare a esplorare). In alcuni casi, lo sportello ha saputo diventare - grazie alle relazioni costruite con l'operatore di comunità - un **punto di riferimento cui rivolgersi periodicamente o abitualmente**, in risposta ad una lacuna nell'area delle cerchie

sociali e degli affetti che ampiamente concorrono al benessere delle persone, in particolar modo di quelle anziane.

L'ipotesi progettuale di partenza — ovvero quella di avviare sportelli territoriali nei tre comuni di sperimentazione: Occhieppo Inferiore, Ronco Biellese e Valdilana — si è progressivamente trasformata, dunque, in un modello relazionale e di orchestrazione, focalizzato su formali e informali figure “ponte” capaci di connettere persone, bisogni e risorse sommerse o “disperse”. Un primo risultato emergente riguarda infatti la **riconfigurazione del disegno iniziale**, imperniato attorno all'apertura di tre sportelli (PReSS) - attivati, animati e presidiati da un'operatrice e un operatore della cooperativa sociale Maria Cecilia per l'intera durata del progetto - verso un **modello centrato maggiormente su ingaggi proattivi, reti e tavoli territoriali**.

In particolare, le interviste condotte con il Gruppo Operativo hanno evidenziato in più passaggi la traiettoria che, in virtù della limitata affluenza di utenti (si vedano i dati di monitoraggio illustrati al [Capitolo 2](#)) e degli apprendimenti derivanti nel corso dei mesi di lavoro sui territori, ha visto assumere agli sportelli un ruolo meno centrale per lo sviluppo del progetto, riconoscendo che **“il perno del progetto è il lavoro di comunità, la connessione, la facilitazione delle relazioni tra le risorse del territorio”** (CP2). Tale mutamento di strategia è coerente, inoltre, con la natura “immateriale” della proposta offerta da *Tessere la Salute*: un sostegno alla connessione e alla relazione che è più difficile da “collocare” spazialmente, spiegare e proporre rispetto a prestazioni più “tangibili”, come un trasporto o il disbrigo di una pratica, ma è determinante per sciogliere i nodi che si frappongono fra servizi, cittadinanza e comunità.

Nonostante i numeri limitati (pari a complessivi 30 accessi) e la minor centralità ricoperta nel progetto rispetto a quanto inizialmente previsto, i PReSS hanno rappresentato anzitutto una “finestra” sui bisogni delle tre comunità servite dal progetto e, in molti casi, un motore per la ricerca e l'individuazione di soluzioni all'interno del territorio di competenza.

Dalle interviste ai quattro gruppi di attori coinvolti emergono **bisogni ricorrenti**, intercettati anche dagli stessi PReSS, **che si alimentano a vicenda**: solitudine/isolamento (nell'età non anziana ma non solo), trasporti carenti (soprattutto in frazioni e aree più lontane dai maggiori centri e dai servizi), carico organizzativo ed emotivo sostenuto dai familiari caregiver, nonché un crescente fabbisogno di orientamento pratico-amministrativo e digitale come prerequisito per accedere a prestazioni e servizi. A questi si aggiunge una **domanda latente di relazione**, che in taluni casi è stato accolto direttamente dallo sportello, offrendo al cittadino alla cittadina uno spazio e un tempo dedicati all'ascolto, al dialogo, alla compagnia altrimenti

assenti dalla quotidianità della persona socialmente isolata o che sta attraversando una fase di vita di particolare fragilità. L'importanza di questo punto di riferimento, rappresentato anzitutto dalla presenza di un operatore/un'operatrice competente, è emersa con particolare nitore durante le interviste condotte con alcuni fruitori diretti o cittadini partecipanti ai tavoli territoriali, che auspiccherebbero non solo la prosecuzione di questa attività oltre il termine della sperimentazione, ma anche l'estensione del periodo di apertura degli sportelli stessi, affinché la disponibilità per la comunità sia continuativa.

Il bisogno di relazione descritto è emerso anche in relazione ad altre attività del progetto e in altri momenti delle interviste condotte: per esempio, sul territorio di Occhieppo Inferiore è stata sottolineata da più parti la **mancanza di uno spazio di aggregazione**, dedicato alla socialità e all'incontro, non necessariamente connesso al consumo di cibi o bevande, come accade presso bar e caffetterie che spesso assolvono anche a questa funzione. Colmare questa lacuna - un'ambizione che l'amministrazione comunale stessa ha riferito di coltivare - consentirebbe di intercettare e di coinvolgere maggiormente nella vita della comunità anche quelle persone che non si rivolgerebbero spontaneamente a uno sportello, ma che accoglierebbero volentieri un contatto nei contesti di vita (mercato, parrocchia, iniziative e spazi pubblici), non necessariamente rivolti alla sola popolazione anziana ma trasversalmente a tutti gli abitanti locali: **"l'anziano non vuole essere trattato da anziano, ma essere inserito in un contesto normale"** (AT-Occ2), ovvero inclusivo e transgenerazionale.

Accanto alle persone che hanno deciso di rivolgersi al nuovo sportello e a quelle che non lo hanno fatto ma, secondo la più parte degli intervistati, sarebbero ben disposti a frequentare luoghi di ritrovo e di socialità all'interno del paese, le interviste hanno evidenziato una terza categoria di persone, spesso corrispondenti al target di progetto degli anziani fragili, ben rappresentata dalle seguenti citazioni:

"Vedo molte persone che **non chiedono aiuto finché qualcuno non bussa**: allora la porta si apre, e capisci che il bisogno c'era da tempo." (G04)

"L'anziano solo non sempre arriva al servizio: **devi andare tu**, e spesso serve una persona di fiducia che faccia da **ponte**." (G03)

Queste persone, descritte come restie a chiedere aiuto per ragioni culturali, per inconsapevolezza del proprio bisogno o dell'interlocutore che potrebbe aiutarli, hanno sollecitato all'interno di *Tessere la Salute* e, in particolare, nei tavoli territoriali, l'elaborazione di altre risposte possibili: la maggior presenza degli operatori di comunità sul territorio (al di fuori dei PReSS) e l'individuazione e l'ingaggio delle figure di prossimità, cui è dedicato il paragrafo seguente.

4.1.3 Lavoro di comunità e figure di prossimità

Accanto al prezioso lavoro di accoglienza, ascolto e lavoro di supporto all'utenza che si è rivolta ai PReSS nel corso della sperimentazione, gli **operatori di comunità** hanno esercitato una funzione cruciale volta alla “**costruzione di una rete di relazioni e operatori di comunità capaci di individuare i bisogni sommersi**”. Il ruolo dell'operatore e dell'operatrice di comunità si è andato delineando sempre più come quello di facilitatore neutrale e un connettore chiamato a “**entrare nella comunità e non aspettare che la comunità arrivasse [al PReSS]**”. Anche a fronte della frammentazione e del frequente isolamento di associazioni e realtà locali, queste figure hanno rappresentato e possono rappresentare “**la persona che va ad unire [i diversi soggetti]**” (AT-Val), rappresentando appieno il senso di “tessitura” proprio del progetto.

Il vero perno del progetto, dunque, si è rivelato il **lavoro di comunità**, previsto sin dalla fase progettuale iniziale e concretizzatosi non solo in sede di tavoli territoriali ma per tutta la durata del progetto, attraverso una vasta serie di incontri e di attività sui territori (cfr. dati di monitoraggio relativi alle attività nel [Capitolo 3](#)). Questo lavoro, svolto prettamente dal Gruppo operativo, presenta una netta e riconosciuta componente culturale, in quanto promuove processi di **consapevolezza** che la salute passa dalle relazioni e aiuta la comunità a interpretare collettivamente i propri bisogni e a riflettere su cosa può già fare grazie alle risorse - spesso poco conosciute o sommerse - di cui dispone: “**le risorse ci sono, anche se sono silenziose**” (AT-Val3).

La figura dell'operatore/operatrice di comunità è stata descritta dagli intervistati come **centrale** in virtù di molte qualità e funzioni: **elasticità e tempestività** delle risposte con le quali, in un registro più informale rispetto agli interlocutori tipici dei servizi pubblici, gli operatori si impegnano nella ricerca di soluzioni per il singolo utente; **cura della costruzione e manutenzione della rete locale**, dentro e fuori dai tavoli territoriali, attraverso un lavoro di tessitura prettamente relazionale; **competenza nella gestione della complessità** delle dinamiche locali e ruolo di mediazione forte della propria già menzionata terzietà. In sintesi, riprendendo la terminologia più ricorrente emersa nel corso delle interviste, l'operatore di comunità ha dovuto “**inventare qualche cosa**”, lavorando come un professionista dotato di “**entusiasmo, fantasia e valori**” per creare una “**microrete di connessioni informali**” laddove la pura offerta di sportello si è rivelata solo parzialmente efficace.

Oltre al proprio impegno diretto, gli operatori di comunità su suggestione degli stessi tavoli territoriali hanno cercato di costruire attivamente **figure di prossimità sul territorio**, come

delegati frazionali, “apriporta”, volontari, referenti di quartiere e altri rappresentanti informali o figure localmente autorevoli, volti ad estendere le “antenne” nelle “mille micro realtà” che compongono i comuni e potendo **accedere a cerchie sociali e micro-comunità grazie a una mediazione di fiducia che accorcia distanze culturali e pratiche**. Come ben descritto dalla citazione che segue, le figure di prossimità godono, inoltre, della possibilità di rendere più permeabile la comunità al progetto e alle figure (sino a quel momento sconosciute o poco note) degli operatori di comunità, accolti con maggior favore grazie a questi **“moltiplicatori di fiducia”**.

“La persona [di fiducia] che presenta l’operatore in frazione conta più di un volantino: se si fida lei, si fideranno in molti.”

(AT_Ron2)

Nel vasto comune di **Valdilana**, l’esigenza di prossimità è stata particolarmente sentita a causa della **dispersione** del territorio. Qui è emersa l’idea di individuare gli **“apriporta”**: figure di **“buon vicinato che possano aprire la porta, farsi interpreti del bisogno e quindi portavoce” della comunità** (GO4). Sono essenziali come **“sentinelle nelle varie frazioni”** per far emergere i bisogni: la loro attivazione è descritta come un **“modello”** indispensabile per il futuro in un contesto di risorse sociali e sanitarie decrescenti. Nei confronti dei contesti o dei singoli cittadini più “diffidenti” e difficili da avvicinare, possono facilitare l’aggancio - secondo alcune intervistate - la presenza di una divisa riconoscibile (per esempio, quella della Croce Rossa per le volontarie che ne fanno parte) o della mediazione di figure informali ma molto note localmente, capaci di “garantire” le buone intenzioni dell’operatore/trice di comunità o dell’intervento proposto. Sul territorio di Valdilana, oltre alla figura dell’apriporta, il Tavolo ha promosso **azioni più informali e discrete di “buon vicinato”** - come fare la spesa o dipingere la staccionata per i propri vicini - volte a ingaggiare la comunità a tutti i livelli e renderla responsabile per ciascuna delle sue parti, a partire da quelle che stanno attraversando un momento o una fase della vita di fragilità. Non ha caso, a Valdilana è stata discussa l’idea, sebbene non ancora realizzata, della **“badante di frazione”** (o di quartiere/comunità), che richiederebbe una formazione specifica per prendersi cura in modo leggero di 2-4 vicini alleggerendo i costi, il carico dei *caregiver* e favorendo la permanenza sicura al proprio domicilio.

A **Ronco Biellese**, un obiettivo analogo ha potuto innestarsi su una struttura preesistente e formalizzata, quella della figura del **rappresentante frazionale**, formalizzata presso il Comune. Il lavoro del Tavolo è consistito nel cercare di **rendere queste figure “sostanziali e non solo nominali”**, attraverso riunioni periodiche e strategie volte a rafforzare il loro ruolo di portavoce attivi dei bisogni locali. Grazie all’impegno dell’operatore di comunità, alcuni di

questi delegati hanno partecipato alle riunioni del Tavolo per discutere di problemi concreti, ed è tuttora in corso, grazie ai delegati già ingaggiati, il tentativo di aggancio e ingaggio degli altri facenti parte formalmente della lista comunale. Importante è stata inoltre, a Ronco, la disponibilità di **volontari già attivi o attivati** grazie all'operatore di comunità e ai volontari stessi durante eventi pubblici (es. Sagra del Paillet) o attività ordinarie, utilizzando le proprie reti o i momenti comunitari di maggior visibilità per divulgare informazioni pratiche sul progetto e individuare localmente nuovi punti di riferimento.

A **Occhieppo**, le figure di prossimità sono state principalmente **singoli cittadini e cittadine** che, grazie alla loro conoscenza della popolazione e al loro attivismo, hanno agito da mediatori, connettendo l'operatore e lo sportello (PReSS) con i bisogni latenti dei cittadini di Occhieppo. Questa connessione si è concretizzata, ad esempio, indirizzando persone sole o vedove ai gruppi di cammino spontanei, o segnalando al progetto problemi presenti nella rete dei servizi, fungendo così da **intermediari in senso bidirezionale da e verso la comunità**. Nonostante l'impegno di alcuni membri della collettività, nel corso del progetto non sono state superate difficoltà organizzative e burocratico/amministrative che impediscono, per esempio, l'attivazione di spazi di incontro e di socialità il cui bisogno risulta particolarmente sentito.

4.1.4 Mappatura e coordinamento delle risorse

Come sottolineato nei paragrafi precedenti, l'esperienza riferita sui tre Comuni suggerisce che l'accesso spontaneo allo sportello (PReSS) non intercetta le situazioni più fragili, talvolta difficili da "agganciare" anche attraverso approcci troppo diretti o senza la mediazione di intermediari di fiducia. Più efficace è risultato il parallelo **lavoro di comunità**: alleanza con figure di riconosciuta autorevolezza e fiducia, mappatura delle risorse, contatti sul campo, micro-azioni a bassa soglia (accompagnamenti, supporto per singole pratiche, attività di socialità) e coordinamento tra soggetti che individualmente già proponevano "parti" di soluzioni che complessivamente, se concertate, potevano rispondere a bisogni complessi (es. associazioni che offrono trasporti, RSA, servizi sociali e sanitari, volontari/e, etc.). In questa chiave lo sportello non è scomparso, ma è diventato uno **strumento aggiuntivo** di visibilità e raccolta dei bisogni, mentre l'esito cambia di scala quando si tessono relazioni e routine tra attori che prima agivano isolatamente o in parallelo.

"Lo sportello da solo non crea domanda: la differenza la fa stare dentro la comunità, incontrare le persone, collegare chi può aiutare." (G01)

“Quando ci siamo mossi noi [operatori], gli accessi sono aumentati: non grandi numeri, ma casi giusti; soprattutto la qualità dell’aggancio è stata un’altra.” (G05)

Agli apprendimenti derivanti dall’esperienza nei PReSS, dai Tavoli territoriali periodici e attraverso il lavoro di comunità diffuso, si sommano i risultati relativi a un’ulteriore e importante iniziativa facente parte di *Tessere la Salute* sin dalla fase di co-progettazione: la volontà di **mappare le risorse** (formali e informali, istituzionali o volontaristiche) presenti sui territori, allo scopo di disporre di un ventaglio di soluzioni - combinabili e accessibili - a cui accedere a seconda dei bisogni riscontrati.

Il concetto di **mappatura** emerge come un elemento strategico e in continua evoluzione, fondamentale per superare la frammentazione dei servizi e per intercettare i bisogni latenti della comunità. La mappatura non si è limitata alla sola ricognizione burocratica dei servizi formali, ma ha rappresentato uno sforzo attivo per **“creare un collegamento tra i cittadini e i servizi presenti sul territorio”**. Gli attori del progetto hanno riconosciuto che spesso non solo i cittadini non hanno una piena conoscenza dei servizi disponibili, ma anche gli enti stessi (ASL, Consorzi, associazioni, ecc.) faticano ad avere una **“visione complessiva di quello che c’è sul territorio”**. Questa mancanza di chiarezza e di sguardo il più possibile aggiornato e omnicomprensivo porta alla creazione di “doppioni” o alla convinzione errata che un servizio non sia disponibile, incrementando il senso di isolamento, la frustrazione e la fatica emotiva dei cittadini e delle loro famiglie, nonché di operatori e operatrici.

La **necessità di mappare le risorse era anche di natura culturale e pratica**: il Comitato Promotore era consapevole che le informazioni sui servizi sono spesso disponibili, ma i cittadini non le utilizzano finché non la situazione che vivono non raggiunge un momento di crisi e/o finché non ricevono informazioni da una persona di cui si fidano che le persuade a richiedere un supporto. Per questo motivo, la mappatura si è focalizzata sull’identificazione di risorse e bisogni primari più o meno sommersi che caratterizzano tutti e tre i Comuni (difficoltà di socializzazione, solitudine, problemi di trasporto, necessità di sostegno ai *caregiver*), anche a partire da precedenti tentativi di mappatura formale (es. il **“Prontuario Biellese”**, strumento informatico per operatori sociosanitari non più attivo/aggiornato dall’ASL) che richiedevano un rinnovamento delle modalità, un aggiornamento e una manutenzione.

Anche rispetto all’attività di mappatura è possibile segnalare alcune specificità territoriali:

- **Occhieppo Inferiore**: a Occhieppo, la mappatura ha preso la forma specifica di un **“catalogo”**, pensato per **assicurarsi che i cittadini sapessero “che cosa Occhieppo offre”**

e per “ottimizzare” gli sforzi ed **evitare la nascita di servizi sovrapponibili** offerti da diverse associazioni del territorio (fenomeno che rischia di radicarsi nei casi di comunicazione carente tra le singole realtà). Come nota di criticità, la mappatura su Occhieppo ha subito un rallentamento dovuto ai tempi burocratici dell’amministrazione comunale, poco celere nel fornire l’elenco dei referenti delle associazioni locali.

- **Ronco Biellese:** a Ronco, la mappatura si è concentrata non solo sull’individuazione di enti e associazioni fornitori di servizi, ma anche sull’identificazione e la valorizzazione delle figure già esistenti dei rappresentanti frazionali, che il Tavolo si è impegnato a rendere portavoce sostanziali della comunità e dei suoi bisogni, oltre ad ampliare il ventaglio delle disponibilità coinvolgendo nuovi cittadini. La mappatura ha quindi **facilitato la nascita di “micro-reti di connessioni informali”**, **ha intercettato e messo in comunicazione disponibilità**, che il Gruppo operativo si aspetta **restino attive come buone prassi di collaborazione** e confronto orizzontale anche dopo la fine della sperimentazione.
- **Valdilana:** all’avvio di una prima mappatura è emersa immediatamente la difficoltà di socializzazione dovuta alla dispersione geografica delle frazioni e alla popolazione molto anziana. La mappatura territoriale è stata definita come un progetto **“abbastanza ambizioso e anche ampio”**, che mirava all’attivazione della cittadinanza attiva e alla solidarietà. L’obiettivo era duplice: identificare i servizi fondamentali (enti pubblici preposti e servizi informali, come la spesa domicilio) e identificare figure di prossimità (apriporta, cfr. Paragrafo 4.1.3). Il Gruppo operativo ha rilevato a Valdilana un **“lavoro di comunità molto forte del singolo cittadino”**, mediamente ben disposto a compiere gesti di buon vicinato e di vicinanza “in silenzio” e pur senza riconoscimenti di ruolo formali. In termini di spazi, è stata identificata come fondamentale e reciprocamente benefica la messa a disposizione del Centro Diurno Alzheimer di Valdilana per attività di progetto (incontri con *caregivers* e cittadinanza).

Nel momento di scrittura del Rapporto (ottobre 2025), il gruppo di lavoro non ha ancora stabilito in via definitiva le modalità per rendere patrimonio delle comunità le mappature costruite durante la sperimentazione, cui hanno attualmente accesso gli operatori di comunità. Guardare al futuro e a ciò che farà seguito alla sperimentazione significa anche interrogarsi sulla “eredità” di *Tessere la Salute* e su ciò che resterà, e a quali condizioni, sui territori. Rendere le buone prassi di una sperimentazione un **patrimonio collettivo** significa spostare l’innovazione da “evento di progetto” a **infrastruttura sociale**: pratiche, ruoli e routine che le organizzazioni e la comunità riconoscono, riproducono e adattano nel tempo. I Tavoli territoriali, se le amministrazioni locali e tutti i soggetti comunitari coinvolti lavoreranno per mantenerli, sono un perfetto esempio di tale infrastrutturazione, che ha visto nascere

e divenire periodici incontri e modalità operative sino a quel momento localmente assenti o aperti solo ad una parte (tipicamente agli attori istituzionali) delle comunità. Parimenti, le mappature - se condivise con le dovute cautele (circa i dati personali ivi contenuti) e regolarmente aggiornate, potranno diventare un'infrastruttura permanente parte del *modus operandi* dei territori coinvolti, degli enti e dei cittadini che li abitano. Il paragrafo successivo, che chiude questo quarto capitolo, offre una sintesi delle prospettive che gli intervistati e le intervistate hanno espresso rispetto al futuro della sperimentazione sin qui descritta.

4.2 Oltre la sperimentazione: prospettive sul futuro dell'esperienza

Il Comitato Promotore (CP) è nato con l'obiettivo di realizzare un progetto sperimentale, al termine del quale concludere il proprio mandato. L'obiettivo del CP non è mai stato quello di creare una nuova associazione, ma di avviare un processo e lasciare un'eredità (un "testimone") alle amministrazioni locali e al territorio più in generale, che possa continuare a crescere e a gemmare in nuovi territori a partire dagli apprendimenti di *Tessere la Salute*.

Le aspettative del gruppo di lavoro in generale, interpellato nel corso della ricerca, prevedono che il **processo culturale** avviato, che vede la salute come responsabilità condivisa e coltivazione delle buone relazioni, continui a prosperare. Sin dalla fase di progettazione si è individuata l'esigenza che dalla sperimentazione venisse "distillato", attraverso una **modellizzazione**, un "decalogo" o "manuale" (il Vademecum presente a chiusura del Rapporto) in grado di evidenziare il senso dell'iniziativa, le lezioni apprese, nonché mostrare ad altri comuni le caratteristiche e gli accorgimenti necessari per intraprendere una (buona) strada da percorrere. I medesimi apprendimenti vorrebbero sostenere anche i territori in cui la sperimentazione è già stata avviata affinché il tema e **le prassi di salute sviluppate vengano ampliate, diffuse e "agite sempre meglio"**.

La sperimentazione ha generato aspettative e riflessioni significative sul suo futuro e sulla sua eredità, basate sull'esperienza maturata nei tre territori. Tutti gli intervistati, provenienti dal Comitato Promotore (CP), dal Gruppo Operativo (GO) e dagli Attori Territoriali (AT), concordano sul fatto che il progetto abbia lasciato un metodo e una struttura che meritano continuità, ma che questa non è affatto scontata.

Di seguito sono riepilogate le prospettive future, i fattori facilitanti e ostacolanti, e le condizioni imprescindibili necessarie per il radicamento dell'eredità del progetto, distinguendo ove rilevante tra i gruppi di intervistati.

4.2.1 Eredità tra aspettative e speranze

La prospettiva generale è che il progetto debba continuare a seminare una certa idea di salute di matrice comunitaria e un processo culturale di rete e collaborazione che diventi patrimonio di tutti e tutte, continuando a sollecitare iniziative e a mobilitare le risorse di cui i territori dispongono.

Alcuni punti chiave, emersi nel corso delle interviste, canalizzano le speranze - e in molti casi le aspettative (distinte per gruppo di intervistati/e) - che i risultati di *Tessere la salute* possano permanere, come evidenziato di seguito.

I Tavoli territoriali:

CP e AT: tutte e tre le amministrazioni comunali (Occhieppo, Ronco, Valdilana) hanno deliberato la formalizzazione dei Tavoli territoriali per mantenerli attivi oltre la sperimentazione. Questa delibera è un atto formale di volontà a procedere. I tavoli sono visti come il **fulcro della connessione** dove si portano e si leggono i bisogni della comunità, generando insieme soluzioni e innovazione.

AI e GO: un'aspettativa realistica è che i tavoli possano rimanere in piedi a determinate condizioni, sebbene la loro autogestione sia vista con un certo scetticismo in assenza dei facilitatori (operatori di comunità) che la sperimentazione prevedeva, non solo e non tanto per gli aspetti operativi formali "basici" per la loro sopravvivenza (convoca periodica, facilitazione della riunione e verbalizzazione), ma per i suoi contenuti e per il lavoro di rete portato avanti tra un tavolo e l'altro.

Il modello e la metodologia:

CP e GO: la prospettiva è che il progetto lasci un modello di *governance* e di lavoro basato sulla connessione e sulla consapevolezza dell'importanza del "fare rete". Si spera che questo modello, definito come "circolare" e non verticale, possa essere trasferito ad altri territori, anche grazie alla creazione del Vademecum.

AI: gli intervistati hanno valorizzato la capacità di *Tessere la Salute* di essere un **progetto duttile**, capace di connettere soggetti strutturalmente più rigidi (istituzionali) o formalizzati (associazioni) e soggetti informali (volontari non associati, cittadini disponibili e altre figure di prossimità). Inoltre, è riconosciuta la potenzialità del progetto di **riavvicinare e rinsaldare la fiducia della cittadinanza verso i servizi pubblici** percepiti come distanti.

GO: il Gruppo operativo auspica che il modello di lavoro sperimentato sia incorporato in ogni progetto di domiciliarità e intervento territoriale, riconoscendo che la **cura della rete** è un aspetto professionale fondamentale,

Collaborazioni e iniziative specifiche:

Tutte le persone coinvolte nelle interviste auspicano che le collaborazioni avviate grazie a *Tessere la Salute* continuino a generare idee, ispirare iniziative e favorire l'istituzione di nuove connessioni, proseguendo quanto già avviato (es. a Occhieppo mantenere e incrementare la convenzione per la fisioterapia di gruppo in collaborazione con la Fondazione Cerino Zegna; a Valdilana, l'eredità connessa a progetti come "L'Anno della Salute" e la futura apertura della Casa della Comunità) e facilitando lo sviluppo di reti e progettualità nuove.

Fattori facilitanti e ostacolanti

I fattori facilitanti e ostacolanti trasversali al campione di intervistati/e sono riportati di seguito.

Fattori facilitanti	Fattori ostacolanti
<p>Cultura della rete e consolidamento delle relazioni: il progetto ha generato maggior consapevolezza sull'importanza del "fare rete" e sull'integrazione socio-sanitaria. Le relazioni con l'ASL, in particolare con la Centrale Operativa Territoriale (COT), si sono consolidate (anche al di fuori dei contesti formali). Si è creata una rete stabile di relazioni tra enti, operatori e amministratori.</p>	<p>Resistenze culturali e autoreferenzialità: le principali debolezze sono derivate da iniziali ritrosie/gelosie e autoreferenzialità di alcune associazioni, che faticano a lavorare in rete. Inoltre, alcuni cittadini risultano chiusi, diffidenti e poco propensi a chiedere aiuto: ciò richiede tempi mediamente più lunghi e la mediazione di figure di riconosciuta fiducia.</p>
<p>Flessibilità e adattamento: il Comitato Promotore si è dimostrato flessibile, non rimanendo ancorato all'idea iniziale (incentrata sullo sportello, PReSS), ma evolvendo verso il lavoro di comunità e le prospettive nate dalla co-progettazione.</p>	<p>Immaterialità e tempistiche: l'immaterialità del lavoro di connessione rende difficile "misurarne" i risultati e mantenere alta la motivazione degli operatori (che, in questo progetto, spesso fanno da "ponte" ma non intervengono direttamente per risolvere il bisogno o erogare un servizio). Inoltre, il tempo di sperimentazione di tre anni è breve per radicare pienamente un cambiamento culturale.</p>
<p>Coinvolgimento degli attori territoriali: la presenza di figure autorevoli e competenti (come volontari "storici" o amministrazioni comunali responsive) ha permesso l'emersione di bisogni, l'attivazione dei cittadini, favorendo impegno e propositività.</p>	<p>Mancato coinvolgimento di soggetti chiave: Medici di Medicina Generale (MMG) spesso inavvicinabili su tutti e tre i comuni (minor numerosità di persone raggiunte dal progetto); Parrocchie assenti (possibile coinvolgimento successivo visto il loro ruolo nella comunità;) limitata partecipazione dei vertici della ASL.</p>
<p>Flessibilità e adattamento: il Comitato Promotore si è dimostrato flessibile, non rimanendo ancorato all'idea iniziale (incentrata sullo sportello, PReSS), supportando il lavoro di comunità e le prospettive nate dalla co-progettazione.</p>	<p>Criticità strategiche: secondo parte del GO, la decisione di non portare avanti proposte della comunità (come quella sulle scuole a Ronco) non rientranti nel target di progetto (anziani fragili), ha rappresentato un errore e una "decisione <i>top down</i>" che sarebbe stato meglio evitare.</p>

Cosa rischia di “perdersi”?

Il rischio maggiore evidenziato da tutti i partecipanti rispetto ai risultati del progetto che rischiano di disperdersi a sperimentazione terminata è che il lavoro di rete e le sinergie create. In particolare si teme possano andare a sfumare:

- **la funzione di connessione e di *outreach***: senza l'operatore di comunità, che si occupa della manutenzione della rete, si teme che le collaborazioni e le micro-reti “**non abbiano la forza di permanere**” e che le iniziative intraprese “decadano”;
- **tempestività ed efficacia**: se il supporto diretto (anche solo telefonico) offerto sino a fine sperimentazione dal PReSS o dagli operatori di comunità all'utenza viene meno, le persone intercettate tenderanno ad allontanarsi dal progetto;
- **demotivazione istituzionale**: nei Comuni in cui il coinvolgimento comunale è stato discontinuo, si teme che il tavolo rimarrà in piedi con difficoltà, poiché **le inefficienze amministrative sviscerano e demotivano il grande lavoro che c'è dietro tali iniziative**;
- **processo culturale non terminato**: la costruzione e la cura della rete sono un lavoro di “**coltivazione costante**”; **le comunità si evolvono, e il lavoro non è mai finito**. La mancanza di continuità significherebbe rinunciare all'idea che la salute sia un bene da coltivare insieme a tutta la società.

In sintesi, i soggetti coinvolti vedono il progetto *Tessere la Salute* come un **modello vincente di governance** e come **metodo collaborativo efficace**, meritevole che deve essere replicato. Per radicarsi pienamente, tuttavia, questo modello deve essere affiancato da un **investimento istituzionale concreto** nella figura di un/una **professionista dedicato/a** che continui il lavoro di “tessitura” della comunità.

5. Riflessioni conclusive

Dopo aver ricostruito l'intento del progetto *Tessere la Salute*, il percorso di accompagnamento, i risultati del monitoraggio e della valutazione, si intende evidenziare quelle che sono le possibilità di uno sviluppo del progetto, di stabilizzazione sui territori coinvolti e di una sua eventuale estensione e riproposizione in altri contesti.

5.1 Le condizioni fondamentali

La condizione fondamentale per la continuità, ribadita in modo trasversale da tutti gli intervistati, è la **presenza di un/una professionista dedicato/a** (almeno nelle fasi iniziali), il reperimento di **risorse economiche** per sostenere il suo lavoro, la garanzia di copertura delle ore per i dipendenti in particolare di attori istituzionali (considerando e negoziando con i vertici i vincoli legati a orari e turni), e l'**impegno istituzionale/politico** (Tabella 9).

Tabella 9. Condizioni fondamentali individuate dai diversi attori coinvolti

Condizione	Comitato Promotore (CP)	Gruppo Operativo (GO)	Attori Territoriali (AT)
Figura del facilitatore (Operatore / trice di Comunità)	Indispensabile. Deve essere un professionista, non un volontario, che si occupi di "coltivare e mantenere le connessioni". Senza questa figura, l'attività rischia di non riuscire a partire o di scemare.	Fondamentale. La figura deve essere sganciata dai ruoli istituzionali per mediare garantendo una imparzialità. Senza un operatore, la comunità non è ancora pronta ad autosostenersi.	Centrale e insostituibile. La sua mancanza è vista come difficile da rimpiazzare. Si percepisce la necessità di disporre di più tempo (almeno un altro anno) per radicare la figura.
Sostenibilità economica	I comuni devono reperire fondi per retribuire il facilitatore esperto, anche mettendosi in rete, condividendo spese e risorse per un medesimo operatore su più territori, e/o partecipando a bandi. Convincere i comuni "asfittici e spesso privi di fantasia" a trovare questi fondi è cruciale.	La sostenibilità economica è il requisito minimo e l'ostacolo più grande. È necessaria l'unione di più comuni per dividere le spese e garantire la figura professionale.	Necessità di risorse umane e finanziarie per la continuità. La volontà di finanziare è presente, ma la difficoltà economica a farlo è altrettanto reale.
Impegno istituzionale/politico	La delibera formale dei comuni è necessaria, ma si auspica un provvedimento di consiglio comunale unanime che vincoli anche le future amministrazioni. Il pubblico deve essere il principale erede del progetto.	Gli attori istituzionali devono continuare a "spingere" ed essere motivatori per evitare che l'informale si ritiri nell'autoreferenzialità.	Necessaria una visione politica della rete e dei servizi, vista come un aspetto fragile nel periodo storico attuale.

Fonte: Elaborazione delle autrici.

5.2 Dalla sperimentazione alla routine: sostenibilità e replicabilità

La letteratura sociologica e sul welfare di comunità mostra che la **sostenibilità** non è (solo) un esito finale, ma un processo che va accompagnato fin dall'inizio, curando **istituzionalizzazione e integrazione nel lavoro ordinario** (per esempio, coinvolgendo sin da subito istituzioni e amministrazioni locali), così che ciò che nasce come sperimentazione venga "normalizzato" nelle pratiche quotidiane di professionisti, enti e reti civiche.

In chiave di **governance**, la stabilità aumenta quando le regole d'uso e le responsabilità sono chiare, distribuite e policentriche (tavoli territoriali che decidono e mantengono le

connessioni sulla propria area comunale, pur senza perdere il raccordo l'uno con l'altro: un obiettivo che *Tessere la salute*, attraverso una regia trasversale e momenti di scambio e di socialità, si è impegnata da subito a mantenere).

Dal punto di vista, infine, della **trasferibilità** verso altri territori, è importante sottolineare che non si tratta di un lavoro di “copia-incolla”: del resto, il medesimo progetto sperimentale ha richiesto adattamenti significativi anche rispetto a tre sole realtà comunali che hanno avviato i lavori in tempi paralleli. La trasferibilità è piuttosto da intendersi come un processo di **diffusione/adattamento**: a partire da una serie di elementi fondanti o core (principi e meccanismi causali che caratterizzano il progetto e la sua logica, e che verranno esplicitati nel Vademecum al termine del Rapporto) è necessario prevedere e accettare una variabilità periferica (ammettendo e accompagnando una serie di adattamenti locali), come suggerito dalla letteratura sullo **scaling** delle iniziative sociali (Rogers, 2003). In sintesi: per trasformare una buona pratica in **bene comune** occorre imbastire e dare avvio fin da subito a regole, ruoli e routine (istituzionalizzazione), individuare indicatori e metodologie di monitoraggio e valutazione utili ad apprendere nel tempo (*sustainment*), e curare attentamente i *meccanismi di adattamento* necessari per poter **replicare l'esperienza altrove senza snaturarla né pretendere di riprodurla fedelmente** (fase di diffusione/*scaling*) (Hailemariam et al., 2019).

5.3 Il valore trasformativo del capitale relazionale

In definitiva, *Tessere la Salute* non si configura (né si è posto sin dalla nascita) come un progetto di erogazione di servizi, bensì come un **investimento nel capitale sociale** e nella salute relazionale delle comunità. L'elemento più significativo e trasferibile di questa sperimentazione risiede nell'aver dimostrato che la salute è un **bene comune e relazionale**, generato dall'interazione tra individui, comunità e contesti di vita.

Il vero esito trasformativo del progetto è l'aver saputo valorizzare il **lavoro di comunità** come **perno** dell'intervento, previsto sin dal disegno originale accanto allo sportello (PReSS) che, pur avendo intercettato un'utenza “scoperta” e a rischio di isolamento (l'83% non era in carico ai servizi sociali), si è rivelato meno centrale rispetto alla **manutenzione proattiva delle connessioni**. La lezione appresa è che, per affrontare i bisogni complessi di salute in territori fragili, è necessario un **modello di governance policentrico** che valorizzi la partecipazione attiva e l'autorità diffusa, riconoscendo il ruolo cruciale di figure di prossimità come “sentinelle” e “moltiplicatori di fiducia”.

La sfida che attende i territori biellesi è duplice: integrare il metodo collaborativo di *Tessere la*

Salute nelle future **Case della Comunità**, e trasformare i risultati della sperimentazione, come i **Tavoli territoriali formalizzati**, in una vera e propria **infrastruttura sociale permanente**. Affinché ciò avvenga, la comunità e le istituzioni devono continuare a coltivare la **cultura della corresponsabilità** promossa dal progetto, evitando che le sinergie e la tempestività acquisita si disperdano a causa dell'autoreferenzialità degli attori o della mancanza del sostegno professionale necessario per “coltivare e mantenere le connessioni”. Il processo avviato rappresenta dunque il “testimone” lasciato ai territori, la cui crescita futura dipenderà dalla capacità di tradurre i principi di salute collaborativa in pratiche quotidiane sostenibili e replicabili, come sintetizzato nel Vademecum che segue.

Vademecum

Per lo sviluppo di una salute di comunità

Il progetto *Tessere la Salute* ha dimostrato quanto sia efficace un approccio che coinvolge attivamente la comunità, partendo dalle sue componenti più vicine ai cittadini, considerando la salute come un bene che nasce dalle relazioni e dalla corresponsabilità collettiva. Per riproporre questa esperienza in altri territori, è fondamentale considerare alcuni principi e meccanismi chiave, adattandoli alle specificità locali:

- 1. IMPEGNO ISTITUZIONALE FORMALE:** Garantire la continuità della rete attraverso l'impegno politico chiaro e duraturo. Le amministrazioni comunali devono **deliberare** l'istituzione e il mantenimento dei Tavoli territoriali come meccanismi intrinseci e permanenti di *governance* orizzontale e circolare a livello locale.
- 2. CENTRALITÀ DEL FACILITATORE PROFESSIONALE:** Prevedere e finanziare la figura terza (non aderente ad associazioni o altre parti locali) di un **operatore o operatrice di comunità e facilitatore/trice, indispensabile** per promuovere l'attivazione sociale dei soggetti fragili, la manutenzione costante della rete, la mediazione tra attori, la gestione delle dinamiche locali e l'accompagnamento metodologico, specialmente nelle prime fasi del progetto.
- 3. MODELLO DI GOVERNANCE FLESSIBILE E ADATTIVO:** Non ancorarsi a un disegno iniziale rigido (es. focalizzazione esclusiva sullo sportello PReSS). Il progetto deve saper evolvere rapidamente, spostando l'attenzione al **lavoro di comunità** proattivo, all'aggancio tramite relazioni di prossimità e alle proposte dal basso.
- 4. TAVOLI TERRITORIALI COME FULCRO:** Tavoli periodici non sono solo luoghi di decisione, ma **spazi di incontro fisico e di pensiero** a cadenza regolare dove gli attori della comunità possono "ragionare sui bisogni dei cittadini" e **co-progettare** soluzioni concrete.
- 5. FOCUS SULLA RETE INFORMALE E INESPRESSA:** Concentrare gli sforzi sull'**intercettazione di bisogni "sommersi"** e di **risorse "sommerse"**. Il target principale non è l'utente già in carico, ma la persona fragile a rischio isolamento, spesso restia a chiedere aiuto.
- 6. SVILUPPO DI FIGURE DI PROSSIMITÀ:** Costruire attivamente "antenne" e "moltiplicatori di fiducia" (es. *apriporta*, referenti frazionali, volontari/e) che agiscono da "sentinelle" e mediatori tra l'operatore e la cittadinanza nelle micro-realtà locali, mettendo a frutto relazioni fiduciarie pregresse.
- 7. MAPPATURA DINAMICA DELLE RISORSE:** Realizzare una mappatura che vada oltre la ricognizione dei servizi formali, includendo **volontariato e risorse informali**. È essenziale definire una modalità per rendere tale mappatura un **patrimonio collettivo** e condiviso con la comunità e gli enti del territorio, tutelando i dati sensibili/personali per non erodere la fiducia di chi si è reso disponibile.
- 8. APPROCCIO CULTURALE CONTINUO:** Il progetto deve mirare a un **cambiamento culturale** che promuova la consapevolezza che la salute passa dalle relazioni e dalla solidarietà. Questo richiede tempo di sperimentazione non inferiore ai **tre anni**, affinché il metodo si radichi e "normalizzi".
- 9. FINANZIAMENTO CONDIVISO:** Assicurare la **sostenibilità economica** attraverso l'unione di più Comuni per coprire le spese della figura di facilitazione e l'accesso a ulteriori risorse (bandi), con la sinergia delle associazioni e degli altri attori del territorio.
- 10. INTEGRAZIONE CON I SERVIZI STRUTTURATI:** Curare e consolidare le relazioni con gli attori istituzionali (ASL, Consorzi Socio-Assistenziali, COT), garantendo la loro partecipazione attiva e motivata ai Tavoli territoriali, per assicurare l'integrazione e il coordinamento verticale e orizzontale dei servizi.

Riferimenti bibliografici

- AGENAS (2024). *Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità Hub (versione 2024)*. Roma: Agenas.
- Bifulco L., (2019). *Il welfare locale*, Carocci Editore, Roma.
- Bourdieu P. (1980). Le capital social - Notes provisoire, in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n. 31.
- Capasso, S., Maino, F. (coord.), Borromeo, A., Casolaro, A., Cozzolino, A., Fanelli A.S. (2025). *Quando la cultura incontra le comunità. Musei, siti archeologici e biblioteche come leva di partecipazione inclusiva e capacitante a livello locale*. Percorsi di Secondo Welfare & SRM.
- Coleman J.S. (1990). *Foundations of Social Theory*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Compagnia di San Paolo e Cultural Welfare Center (2024). *Cultura, Salute, Ben-essere: Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest, alle nuove sfide in campo*. Torino: Fondazione Compagnia di San Paolo.
- Donati, P. (2022). *La teoria relazionale nelle scienze sociali: sviluppi e prospettive*. Bologna: Il Mulino.
- Dooris, M., & Heritage, Z. (2013). Healthy cities: facilitating the active participation and empowerment of local people. *Journal of Urban Health*, 90(Suppl 1), 74-91.
- Federsanità – Confederazione delle Federsanità ANCI regionali & IFEL – Fondazione ANCI (2025). *Salute e territorio. I servizi sociosanitari dei comuni italiani. Rapporto 2026*.
- Granovetter M. (1973). The strength of weak ties, in *American Journal of Sociology*, 78, pp. 1360–1380.
- Guarna, A. R. (2024). *Tessere la Salute: come fare integrazione socio-sanitaria dal basso*. Milano: Percorsi di Secondo Welfare.
- Guarna A.R. e Maino F. (2023). Coprogettazione e coprogrammazione tra teoria e prassi. In *Agire insieme: Coprogettazione e coprogrammazione per cambiare il welfare: Sesto Rapporto sul secondo welfare* (pp. 36-68). Percorsi di secondo welfare.

- Hailemariam, M., Bustos, T., Montgomery, B., Barajas, R., Evans, L. B., & Drahota, A. (2019). Evidence-based intervention sustainability strategies: a systematic review. *Implementation Science*, 14(1), 57.
- Maino, F., & Ferrera, M. (2019). *Nuove alleanze per un welfare che cambia*. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia. Giappichelli Editore.
- OsservaBiella - Osservatorio territoriale del Biellese (2025), *V Rapporto annuale 2025*, Fondazione Cassa di Risparmio di Biella.
- Kazepov, Y. e Cefalo, R. (2020). La dimensione territoriale delle politiche sociali. *Parolechiave*, 28(2), pp. 85-99.
- Percorsi di Secondo Welfare (2025). Più soli, più poveri. *Nessi. Il sapere orientato alle comunità*, n.1. Milano.
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. London: Institute of Health Equity.
- Nesta Italia (2018). *La Cura che Cambia – Pratiche e culture di Salute Collaborativa in Italia*. Milano.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations*. Free Press, New York.
- World Health Organization (2024). *Community engagement for quality health services*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-of-care/community-engagement>.
- World Health Organization (2023). *Health and well-being in times of crisis: building resilience and learning from practice*. Brussels: WHO Europe. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/101f4c02-38b9-4fb4-93bb-7bbfb5829149/content>
- World Health Organization (2023). *A guide to implementing the One Health Joint Plan of Action at national level*. Editors: World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health & United Nations Environment Programme. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082069>.



Percorsi di Secondo Welfare

Chi siamo

Percorsi di Secondo Welfare è un **Laboratorio di trasformazione sociale** che progetta e realizza azioni a sostegno dell'evoluzione del welfare italiano. **Impresa sociale** che riunisce professioniste e professionisti con competenze trasversali, è una realtà riconosciuta per la propria capacità di comprendere i cambiamenti in atto nel nostro sistema di sociale. Attraverso **attività diversificate**, genera e condivide conoscenze per supportare enti pubblici, istituzioni, imprese e organizzazioni del Terzo Settore nella progettazione di soluzioni di protezione sociale efficaci e sostenibili. Da sempre legato all'**Università degli Studi di Milano**, dove è nato come progetto di ricerca nel 2011, P2W è un [LAB](#) riconosciuto del Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche.

Un approccio unico

L'azione di Percorsi di Secondo Welfare si contraddistingue per una **metodologia interdisciplinare** progettata per produrre risultati concreti. Adotta da sempre un **approccio integrato** che, a partire da ricerche empiriche sul campo, assicura un'analisi oggettiva dei dati e, grazie a competenze comunicative uniche, una fruizione il più possibile chiara e accessibile. Grazie alla sua vasta esperienza, realizza percorsi su misura che sostengono organizzazioni, comunità e istituzioni.

Conoscenza che genera innovazione

Da sempre Percorsi di Secondo Welfare contribuisce all'innovazione del sistema sociale attraverso pubblicazioni scientifiche aperte e accessibili. Lo fa attraverso il **sito web secondowelfare.it**, la **rivista digitale [Nessi](#)** e le sue **[Expert Survey](#)**, che rappresentano un patrimonio di idee, analisi e prospettive. Ma anche con report di ricerca realizzati per istituzioni pubbliche e private che vogliono capire e anticipare i cambiamenti sociali.

Scopri le nostre aree di offerta

> Ricerca

> Consulenza e
accompagnamento

> Comunicazione

> Formazione



Percorsi di Secondo Welfare



www.secondowelfare.it



info@secondowelfare.it



Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche
Università degli Studi di Milano
Via Conservatorio, 7
20122 • Milano