



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

FORLILPSI
DIPARTIMENTO DI FORMAZIONE
LINGUE, INTERCULTURA
LETTERATURE E PSICOLOGIA

MO future designers **CA**

**L'innovazione sociale negli interventi di
assistenza domiciliare agli anziani.**

Modelli organizzativi, profili e competenze

Report di ricerca

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	3
INTRODUZIONE	6
1. DESK ANALYSIS	8
1. INTRODUZIONE	8
2. NUOVI BISOGNI E NUOVE SFIDE. IL MUTAMENTO SOCIO-DEMOGRAFICO E LE TRASFORMAZIONI DEL WELFARE STATE.	11
3. EVOLUZIONE E ASSETTO ATTUALE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA NEL QUADRO EUROPEO	23
4. ADI E SAD	29
5. COME USCIRE DALLA RESIDUALITÀ? I PERCORSI DI INNOVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	39
6. ALLA RICERCA DI BUONE PRATICHE	45
1.7. CONCLUSIONI	48
2. LA RICERCA DI CAMPO: STUDI DI CASO IN 5 REGIONI ITALIANE	50
2.1 OBIETTIVI E METODO DELLA RICERCA	50
2.2 LA DEFINIZIONE CONDIVISA DELLA DOMANDA DI RICERCA: IL WORKSHOP CON LE ORGANIZZAZIONI CHE EROGANO SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE	53
2.3 CASI DI STUDIO: COSTRUZIONE DEL CAMPIONE E DELLA METODOLOGIA DI RICERCA	58
2.4 I RISULTATI DELLA RICERCA	61
2.4.1 CAPACITÀ DI ANALISI DEI BISOGNI E DI RIFORMULAZIONE DELLE RISPOSTE	65
2.4.2. LE MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL SERVIZIO	69
2.4.2 I FATTORI ABILITANTI L'INNOVAZIONE DEL SERVIZIO DI AD	72
2.4 VERSO LA COSTRUZIONE DI ECOSISTEMI TERRITORIALI PER L'INNOVAZIONE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE	78
2.5 UNA BUONA PRATICA DI INNOVAZIONE DELL'AD IL CASO DI PIOSSASCO	80
2.6 IL PUNTO DI VISTA DEI TERRITORI COINVOLTI	83
CONCLUSIONI	89
BIBLIOGRAFIA	93

ALLEGATI

EXECUTIVE SUMMARY

Le dinamiche di mutamento di tipo culturale, sociale e politico in corso impattano in profondità sulla trasformazione dei bisogni a cui sono chiamati a rispondere i sistemi di *welfare*. Questo tipo di mutamento si intreccia con il dato demografico che vede ormai inarrestabili l'invecchiamento della popolazione, il calo delle nascite e la mobilità umana a livello globale. Fenomeni questi particolarmente evidenti in Italia dove è mutata la condizione di anziano e in generale è in corso una ridefinizione delle età e del corso di vita, con al centro del dibattito la questione del rapporto fra le generazioni e le culture.

Parallelamente assistiamo ad un processo di individualizzazione che comporta una frammentazione dei legami familiari e comunitari e che si traduce in crescenti condizioni di vulnerabilità di determinate fasce della popolazione. In una situazione di riduzione delle risorse e di complessificazione della realtà, i sistemi di *welfare* si trovano a dare risposte a bisogni crescenti e al contempo diversificati e plurali.

Da qui deriva l'attenzione anche nella letteratura di settore verso nuovi modelli e definizioni di *welfare*, i quali si caratterizzano per un'enfasi sull'attivazione del consumatore-cittadino e sul protagonismo del Terzo Settore e del privato sociale.

In questo contesto, le teorie quanto le retoriche dell'innovazione sociale finiscono per descrivere tanto la privatizzazione e riduzione del *welfare* - deresponsabilizzazione del pubblico - quanto pratiche di attivazione dal basso e sperimentazione di *welfare* partecipato o di comunità.

La ricerca, condotta in cinque regioni d'Italia e volta ad analizzare i nuovi modelli organizzativi, profili e competenze dei servizi di assistenza domiciliare per gli anziani, si sofferma sull'individuazione dei fattori abilitanti le pratiche innovative di assistenza. L'attenzione alla dimensione territoriale, in termini di bisogni ma anche di risorse disponibili e la valorizzazione delle relazioni fra gli attori determinano l'acquisizione di un carattere di trasversalità e multidimensionalità dell'assistenza. Ne consegue il passaggio da servizio residuale ad una più marcata capacità di ricucitura fra i diversi aspetti in gioco e la presa in carico della persona in chiave "olistica". Se da un lato viene riformulata l'intera filiera la filiera cittadino - *caregiver* - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private - *governance* territoriale, dall'altro, si prefigura nuova cultura della domiciliarità e della cura basata sulla volontà di rispondere ai bisogni in un'ottica comunitaria e di progettazione partecipata degli interventi.

L'innovazione, dunque, passa dal cambiamento delle forme e delle modalità di progettazione, attivazione e gestione dei servizi domiciliari per gli anziani, attraverso:

- la co-progettazione, intesa non solo come strumento o metodo di lavoro, ma come cultura di collaborazione fra organizzazioni di diversa natura, per la riformulazione del rapporto tra pubblico e privato, che condividono una *vision* di sviluppo del territorio e di chi lo abita.

- Il coinvolgimento della comunità locale attraverso le famiglie e la società civile organizzata, sia come spazio di identificazione dei bisogni vecchi e nuovi, sia come luogo delle risorse, umane e non solo, e delle soluzioni innovative, disponibili a complementare l'intervento pubblico o privato
- la valutazione dell'impatto, come spazio di analisi, ricerca e di riflessione sulla propria azione e degli effetti prodotti dalla stessa, nonché come strumento di riprogettazione dei servizi per offrire soluzioni innovative, adatte alle nuove circostanze
- le tecnologie impiegate non solo per il monitoraggio e l'assistenza delle persone a distanza o per rispondere a bisogni di socializzazione, ma anche nella gestione dei sistemi di assistenza ed all'ottimizzazione dell'uso delle risorse (dalla raccolta all'analisi dei dati *biga data* e *data mining*, alla gestione della domanda e dell'offerta e delle risorse umane).
- la necessità di ripensare le competenze e i profili professionali di chi opera tradizionalmente ai diversi livelli dei servizi oggetto dell'indagine, dalla pianificazione, al coordinamento, alla realizzazione, nonché all'introduzione di nuove professionalità o competenze diffuse (ad esempio: infermieri di comunità, custodi sociali, antenne territoriali, ecc.).

In altri termini, gli elementi evidenziati dalla ricerca convergono verso la definizione di **ecosistema territoriale di innovazione**, quale ambiente creato dalle interazioni fra soggetti individuali e collettivi capaci di produrre risposte inedite, sotto forma di prodotti o servizi, a bisogni sempre più complessi, grazie alla capacità di combinare risorse di diversa natura. Il *focus*, dunque, si sposta dal contesto in cui l'azione si colloca alle relazioni e la capacità di collaborazione fra coloro che partecipano alla filiera considerata.

Questa ricerca-formazione-intervento intende andare oltre l'obiettivo conoscitivo, proponendosi come eventuale supporto conoscitivo a successivi, eventuali, interventi, ma anche come opportunità di formazione in servizio/*embedded learning*, valorizzando così l'approccio teorico dell'apprendimento trasformativo e l'innovazione *evidence-based*, elementi costitutivi dell'approccio adottato dal gruppo di ricerca di UNIFI-MoCa *Future Designers*.

Tale sforzo, in un ambito così variegato, per sua natura multidimensionale e caratterizzato dall'interazione di una molteplicità di attori, risulta tanto più compiuto quanto più capace di rispondere di tale complessità, riuscendo a coinvolgere la pluralità di soggetti che, per la loro posizione e il loro ruolo, dispongono di conoscenze e competenze e permettono di accedere a un punto di vista prospettico particolare. Per questo motivo, oltre al personale coinvolto nell'erogazione dei servizi, il percorso di co-costruzione della conoscenza a partire dall'esperienza diretta coinvolge - direttamente o indirettamente - una platea ampia e diversificata di soggetti: Enti locali e ASL, Scuole Secondarie, il Forum del Terzo Settore e le Centrali Cooperative,

rappresentanti di categorie, altre espressioni di rappresentanza collettive come i Sindacati ed i Patronati e non ultimi, famiglie, *caregiver* ed utenti del servizio.

La messa in rete di questi soggetti permette la costruzione di una comunità di ricerca capace non solo di informare, ma anche di prendere responsabilità delle soluzioni identificate, ovvero di saldare la dimensione della conoscenza a un orizzonte concreto di intervento trasformativo. Questo prende forma attraverso una sistematizzazione delle informazioni disponibili sugli interventi in essere, l'avvio di un processo di riflessione e formazione del personale, aperto alla collaborazione con gli Enti locali committenti, nell'avvio di un confronto aperto mirante a creare scenari strategici per il futuro.

I risultati della ricerca-formazione-intervento potranno, in sintesi, essere utilizzati per:

1. individuati i *driver* dell'innovazione nell'assistenza domiciliare agli anziani, modellizzare, prototipare e scalare pratiche (si veda il caso di Piosasco) in contesti diversi di "*silver economy*", ovvero il sempre crescente sistema di produzione, distribuzione e consumo di beni e servizi rivolto a soddisfare i bisogni di salute, benessere e acquisto in generale dei cittadini *senior*.
2. co-costruire un nuovo modello di profili di competenze impegnati nella filiera dell'assistenza domiciliare agli anziani, sulla base delle evidenze raccolte nella fase precedente e dell'Atlante del Lavoro attualmente realizzato da INAPP (ex ISFOL);
3. fornire alla Fondazione Socialità e Ricerche che ha commissionato questa indagine una strategia di sensibilizzazione degli *stakeholder* e disseminazione dei risultati di ricerca.

Introduzione

di Raffaella Vitale Presidente Fondazione Socialità e Ricerche.

Nascita, sviluppo e consolidamento dei servizi domiciliari agli anziani sono un'esperienza italiana del secolo scorso, avvenuta a fronte della crescita quantitativa della componente anziana della popolazione e alla positiva propensione culturale e sociale delle famiglie al loro mantenimento a casa, anche quando condizioni di salute e di relazioni sociali potevano indurre alla loro istituzionalizzazione.

I servizi domiciliari formali sono cresciuti, sia quantitativamente che qualitativamente, attraverso la messa a disposizione di risorse pubbliche e la predisposizione di modelli organizzativi, integrati con un mix di competenze pubbliche e private e risorse del Terzo Settore.

L'insufficienza degli investimenti pubblici nel settore e la loro difficoltà a rappresentare una soluzione efficace per le famiglie fanno da sfondo alla crescita dei *caregiver* familiari attivi in Italia e degli assistenti familiari: una platea di quasi 2 milioni di donne impegnate nell'assistenza familiare, sostenuta dalla presenza di trasferimenti monetari di natura assistenziale (indennità di accompagnamento e i contributi economici statali e regionali per la non autosufficienza).

Nonostante gli investimenti fatti la consapevolezza che le risposte pubbliche messe in campo siano inadeguate, sia per le risorse disponibili, che per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse, ha spinto molti attori del settore e molti territori a innovare, ricercando nuovi equilibri tra risorse delle famiglie, risorse pubbliche e servizi esistenti.

Di fronte ai complessi bisogni sanitari, assistenziali e socio-relazionali dei nostri anziani ultra 75 anni siamo ormai consapevoli, che non vi può essere un'unica risposta standardizzata, pubblica e professionistica e continuiamo nella ricerca di modelli organizzativi funzionali, in grado di integrare risorse pubbliche e private, professionisti e non professionisti, operatori e famiglie, organizzazioni del terzo settore di impresa e del vasto mondo del volontariato e delle reti amicali di vicinato.

Con questo lavoro di ricerca-formazione-intervento, affidato alla capacità di lavoro integrato dell'Università degli Studi di Firenze e di MOCa Future designers, che qui presentiamo, la Fondazione Socialità e Ricerca ha voluto, non solo esplorare le capacità e le competenze di alcuni distretti territoriali, ubicati in Regioni molto diverse tra loro (Umbria, Toscana, Liguria, Lombardia, Piemonte) di offrire risposte efficaci e integrate ai bisogni degli anziani a casa, ma sostenere un ambizioso obiettivo di apprendimento trasformativo rivolto ai soggetti pubblici e privati coinvolti in questa analisi: enti locali e ASL, scuole secondarie, cooperative, organizzazioni di Terzo settore, ecc.

Rigore scientifico del gruppo di ricercatori dell'Università di Firenze – FORLILPSI e nuovi strumenti di ricerca – azione utilizzati dallo spin-off universitario MoCa future Designers, consentono a questo lavoro, unico nel suo genere, di valorizzare i risultati della ricerca scientifica tipicamente universitaria e promuoverne, contestualmente, il loro trasferimento al mercato dei servizi e ai loro attori.

Quello che qui presentiamo non è solo un rapporto, scientificamente fondato, di numeri, ma è piuttosto una rielaborazione in tavoli di analisi territoriale delle esperienze, nate dal basso nella

storia e nella sensibilità dei territori indagati, degli attori esistenti, pubblici o privati qui, per individuare i fattori abilitanti dell'innovazione.

Tra i tanti casi esaminati, uno, in particolare, lo presentiamo ai lettori, perché rappresenta l'espressione di come un'ecosistema territoriale sia in grado di riannodare i fili delle nostre risorse comunitarie e offrire un modello scalabile e replicabile anche in altri contesti di innovazione nella predisposizione delle risposte ai bisogni degli anziani a casa.

Buona lettura.

1. DESK ANALYSIS

1. Introduzione

La ricerca *L'innovazione sociale negli interventi di assistenza domiciliare agli anziani. Modelli organizzativi, profili e competenze* intende esplorare possibili percorsi di innovazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare agli anziani. Le trasformazioni dei bisogni richiedono soluzioni innovative, in materia di modelli organizzativi, profili di competenze, pratiche di collaborazione e di integrazione tra soggetti diversi. Un presupposto basilare per pensare ed "agire" l'innovazione è il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti interessati, in qualità di decisori, di erogatori e di destinatari dei servizi in un percorso condiviso di confronto e di riflessione. A partire da questo presupposto, l'obiettivo che si persegue è avviare una riflessione congiunta tra Terzo Settore ed Enti locali committenti, utenti ed altri *stakeholder* sulle trasformazioni delle forme di finanziamento e delle modalità di progettazione, attivazione e gestione dei servizi alle persone anziane, che permetta un ripensamento complessivo dell'intera filiera.

La ricerca sul campo, condotta facendo ricorso a metodologie debolmente direttive e improntate all'emersione dal basso di bisogni, percezioni, proposte, è preceduta da una ricostruzione del contesto di sfondo e delle dinamiche di mutamento che lo solcano. Si indagano criticamente le linee di mutamento che avvengono sul piano socio-demografico e le trasformazioni in corso che contribuiscono a ridefinire in profondità il sistema di *welfare* e il ruolo del Terzo Settore.

Dopo una sintetica ricostruzione dell'evoluzione e della configurazione attuale dell'assistenza domiciliare in Italia, si analizzano e si confrontano differenti forme di finanziamento e di erogazione - pubbliche, private e miste - dell'assistenza domiciliare (Servizio di Assistenza Domiciliare SAD e Assistenza Domiciliare Integrata ADI) e delle figure professionali coinvolte per valutarne la fattibilità e la sostenibilità e la ricaduta sulla qualità dell'offerta agli anziani, all'interno della filiera cittadino- *caregiver* - famiglia- comunità - Terzo Settore - imprese private *profit* e *Governance* territoriale. L'attenzione è stata posta primariamente sul SAD per differenti motivi: in primo luogo, perché l'ADI l'altra delle due "gambe" su cui si regge l'assistenza domiciliare agli anziani in Italia, è caratterizzata, nel complesso, da una maggiore strutturazione e da una maggiore capacità di presa in carico, a differenza del SAD che vive da anni una fase di contrazione che lo rende, ad oggi, quasi residuale rispetto all'offerta privata. Ciò si spiega, almeno in parte, con la natura per lo più sanitaria della prima a differenza della natura sociale e tutelare della seconda. Mentre l'ADI, nel corso degli anni - pur in un quadro, come si vedrà, assai eterogeneo a livello regionale - ha vissuto un consolidamento e una sempre maggiore strutturazione sul piano organizzativo, il SAD non appare oggi caratterizzato da un perimetro chiaro. L'indeterminatezza delle sue funzioni si riflette in certi casi in una scarsa chiarezza in merito ai profili di competenze che devono caratterizzarlo.

La caratterizzazione del SAD come servizio generico, residuale, a debole caratterizzazione professionale, rischia di renderlo poco attrattivo, rispetto alle alternative a cui più frequentemente si fa ricorso, ovvero l'attività di cura informale, svolta da un (una, di norma) familiare o da una *caregiver* retribuita, la cosiddetta "badante"/assistente familiare. Ciò, come si avrà cura di sottolineare, in un quadro di politiche sul *Long Term Care* (LTC) che, in Italia, vede solidamente al centro l'erogazione di trasferimenti monetari non vincolati (l'indennità di accompagnamento), molto spesso utilizzati dalle famiglie per compensare i mancati introiti dovuti alla rinuncia al lavoro retribuito da parte del (della) *caregiver* familiare, o per retribuire – non di rado al di fuori di un contratto regolare - una *caregiver* informale.

Visto da un'altra prospettiva, il carattere di indeterminatezza che caratterizza questo tipo di servizio ne determina rischi e criticità ma presenta al contempo un'opportunità, in un contesto segnato da una sempre maggiore multi-dimensionalità dei bisogni. Questo comporta una difficile sfida in termini di complessità, e, al contempo, richiede viepiù la presenza di forme di intervento capaci di legare, connettere, rendere armonici i diversi interventi specialistici e settoriali. Tutto ciò mantenendo viva l'attenzione alla dimensione della relazionalità. Lo sguardo alla persona, nel suo complesso, sempre più appare inscindibile da quello "tecnico", e se ciò caratterizza anche gli interventi contraddistinti da una preponderante dimensione sanitaria, ciò è a maggior ragione vero per l'assistenza sociale "pura". Non solo, l'assistenza domiciliare fondata su una prevalente dimensione sociale vede, ancor più di altre forme di assistenza, maggiormente caratterizzate in senso sanitario, la possibile compresenza-sovrapposizione tra una pluralità di attori, pubblici, privati, del Terzo settore, insieme alle reti familiari, amicali e di vicinato. Tale sovrapposizione può generare confusione e indeterminatezza, o talvolta forme di "concorrenza": si pensi ad esempio al ruolo svolto in Italia dalle assistenti familiari (comunemente definite "badanti"), rispetto ad altri fornitori pubblici o privati di servizi di cura. Ma può anche costituire un terreno favorevole per pensare e agire l'innovazione sociale, poiché questa, prima di tutto, parte proprio dalle relazioni tra attori diversi, in spazi di incontro e di confronto.

La sfera dell'assistenza domiciliare di tipo assistenziale dunque, proprio in virtù della sua natura prevalentemente sociale e ad alta densità relazionale, può essere oggi ripensata come ambito di ricucitura, di cerniera, di presa in carico della persona in senso complessivo.

Tale ruolo, del resto, risulta particolarmente sintonico con *mission*, approcci, modalità di azione tipiche del Terzo settore, attore il cui protagonismo nell'ambito dell'assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale appare particolarmente rilevante.

Per questo motivo l'approfondimento proposto, in tema di innovazione delle pratiche di assistenza domiciliare agli anziani, si concentra in maniera particolare sul ruolo del Terzo settore, quale attore viepiù cruciale all'interno di quello che è stato variamente definito come un modello di "*welfare society*", di "*welfare mix*" o di "*secondo welfare*", e in particolare nel rispondere alle sfide del *Long Term Care*, in un

contesto in cui l'incidenza degli anziani sulla popolazione è in costante aumento, imponendo un radicale ripensamento del modo in cui pensiamo e organizziamo i servizi a loro dedicati.

D'altra parte, il Terzo settore ha nel suo DNA una naturale propensione all'innovazione, che si alimenta del coinvolgimento attivo dei destinatari e per la sperimentazione di nuove modalità organizzative e relazionali e nella creazione di inedite connessioni.

Il caso italiano (o meglio, la pluralità dei modelli che lo compongono), è da comprendere all'interno di un quadro di parziale convergenza e di condivisione delle sfide nel contesto europeo, anche a seguito della ricezione degli orientamenti provenienti dalla Commissione Europea in materia di *Long Term Care* e di *Active Ageing*. Ma presenta, al contempo, tratti peculiari, che permangono.

L'analisi di sfondo qui effettuata, oltre a un inquadramento generale della questione, riporta i dati salienti in tema di invecchiamento della popolazione e di incidenza dell'assistenza domiciliare in Italia, in prospettiva comparata a livello europeo, ripercorre criticamente l'evoluzione e l'attuale assetto dell'assistenza domiciliare in Italia. Si conclude, quindi, proponendo uno stato dell'arte ragionato delle pratiche di innovazione sociale in Italia ed in Europa nella filiera dei servizi di prevenzione, cura e tutela agli anziani, in particolare per quanto riguarda l'assistenza domiciliare.

La ricostruzione critica del contesto e dello stato dell'arte rappresenta lo sfondo della successiva ricerca sul campo, realizzata attraverso la metodologia della ricerca-formazione-intervento, e avente per oggetto l'approfondimento di otto casi/pratiche, selezionate in quattro diversi ambiti regionali. In ognuno di questi si ricostruiscono modelli organizzativi, modalità di relazione e di interazione tra i diversi soggetti coinvolti, gli elementi di innovazione, i bisogni emergenti, sfide e opportunità, elementi di criticità e punti di forza.

La ricerca-formazione-intervento non persegue un mero obiettivo conoscitivo, proponendosi come eventuale supporto conoscitivo a successivi, eventuali, interventi, ma si concepisce come formazione in servizio/*embedded learning*, valorizzando così l'approccio teorico dell'apprendimento trasformativo e l'innovazione *evidence-based*, elementi costitutivi dell'approccio adottato dal gruppo di ricerca di UNIFI-MoCa.

Tale sforzo, in un ambito così complesso, per sua natura multidimensionale e caratterizzato dall'interazione di una molteplicità di attori, risulta tanto più compiuto quanto più capace di rispondere di tale complessità, riuscendo a coinvolgere la pluralità di soggetti che, per la loro posizione e il loro ruolo, dispongono di conoscenze e competenze e permettono di accedere a un punto di vista prospettico particolare. Per questo motivo, oltre al personale coinvolto nell'erogazione dei servizi, il percorso di co-costruzione della conoscenza a partire dall'esperienza diretta coinvolge - direttamente o indirettamente - una platea ampia e diversificata di soggetti: Enti locali e ASL, Scuole Secondarie, il Forum del Terzo Settore e le Centrali Cooperative,

rappresentanti di categorie, altre espressioni di rappresentanza collettive come i Sindacati ed i Patronati e non ultimi, famiglie, *caregiver* ed utenti del servizio.

La messa in rete di questi soggetti permette la costruzione di una comunità di ricerca capace non solo di informare, ma anche di prendere responsabilità delle soluzioni identificate, ovvero di saldare la dimensione della conoscenza a un orizzonte concreto di intervento. Questo prende forma attraverso una sistematizzazione delle informazioni disponibili sugli interventi in essere; l'avvio di un processo di riflessione e formazione del personale, aperto alla collaborazione con gli Enti locali committenti; nell'avvio di un confronto costruttivo mirante alla costruzione di scenari strategici per il futuro.

I risultati della ricerca-formazione-intervento potranno, in sintesi, essere utilizzati per:

4. una volta individuate le pratiche di innovazione nell'assistenza domiciliare agli anziani, modellarle, prototiparle e scalarle in contesti diversi di “*silver economy*”, ovvero il sempre crescente sistema di produzione, distribuzione e consumo di beni e servizi rivolto a soddisfare i bisogni di salute, benessere e acquisto in generale dei cittadini *senior*.
5. co-costruire un nuovo modello di profili di competenze impegnati nella filiera dell'assistenza domiciliare agli anziani, sulla base delle evidenze raccolte nella fase precedente e dell'Atlante del Lavoro attualmente realizzato da INAPP (ex ISFOL);
6. fornire alla Fondazione Socialità e Ricerche che ha commissionato questa indagine una strategia di sensibilizzazione degli *stakeholder* e disseminazione dei risultati di ricerca.

2. Nuovi bisogni e nuove sfide. Il mutamento socio-demografico e le trasformazioni del *Welfare State*.

A fare da sfondo alla trasformazione dei modelli di assistenza domiciliare agli anziani convergono una serie di dinamiche di tipo culturale, economico, sociale e politico, ma ancor prima di natura demografica.

La popolazione italiana sta rapidamente invecchiando. Come - e più - della media europea, essendo il nostro paese il paese con il più alto tasso di longevità e al contempo tra quelli con il minore tasso di natalità.

L'aumento numerico della popolazione anziana trasforma in maniera radicale gli equilibri sociali, sul piano economico, generando a sua volta la necessità di ripensare le forme di regolazione sociale. Genera, inoltre, un mutamento sul piano culturale, spingendo a un ripensamento delle fasi di vita e delle relazioni tra generazioni.

Sul piano economico, l'aumento della quota di popolazione anziana, già oggi - e in prospettiva sempre di più - rende insostenibile le tradizionali modalità regolative sul piano previdenziale-pensionistico e di gestione del *Welfare State*, alterando l'equilibrio tra popolazione attiva e popolazione non attiva, a favore di quest'ultima. Considerando,

per di più, che l'aumento della fascia di popolazione anziana si accompagna alla procrastinazione della giovinezza.

I dati ISTAT ci dicono che a oggi le persone con più di 65 anni superano i 13.220.000 e rappresentano il 21% della popolazione italiana. Si prevede che entro il 2030 gli *over 65* rappresenteranno oltre un quarto della popolazione, per salire a un terzo attorno alla metà del secolo. Ciò si rifletterà, inevitabilmente, nell'incremento delle spese per l'assistenza continuativa, o *Long- Term Care* (LTC), che si stima passerà dall'attuale 1,9% del PIL al 3,2% nel 2060 (Mef – Dipartimento della Ragioneria dello Stato, 2016). Le LTC sono definite dall'OCSE come “ogni forma di cura fornita a persone non autosufficienti, lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita”.

L'aumento della durata della vita, se da una parte è sinonimo di miglioramento delle condizioni di salute, ha come naturale corollario una cronicizzazione delle malattie, la diffusione di malattie neuro-degenerative, l'aumento del numero di persone che vivono in condizioni di non autosufficienza. Ciò, naturalmente, non caratterizza *in toto* la popolazione anziana, se si mantengono i suoi confini tradizionali: si tratta di una condizione che tende vieppiù a caratterizzare i soggetti più anziani, o i "grandi anziani".

Gli anziani, se si considerano i 65 anni come soglia minima, non sono più, da molti anni, considerabili come una popolazione passiva e bisognosa di cure. Sono, al contrario, soggetti attivi, sul piano economico e sociale, che svolgono una funzione di supporto ai propri figli e che si configurano come una sempre più importante categoria di consumatori. La disponibilità di tempo libero, le buone condizioni di salute, e spesso una buona disponibilità economica, rendono questa fascia della popolazione particolarmente attiva nei consumi di tipo culturale, nei viaggi, ecc.

Proprio la trasformazione qualitativa, oltre che quantitativa, della terza età, ha spinto quindi a introdurre un nuovo concetto, quello di quarta età, che definisce invece un'ulteriore fase della vita, indicante non più quelli che, in maniera ossimorica, sono definiti "giovani anziani" (65-74), ma gli anziani in senso stretto (75-84), a cui segue la categoria dei "grandi anziani" (85, cfr. Bordogna 2007), per i quali si è coniato anche il concetto di "quinta età". Quest'ultima categoria, in costante crescita, è quella che, in maniera particolare, rappresenta una sfida sul piano socio-sanitario, coincidendo con una fase di progressivo decadimento psico-fisico, e quindi dell'autonomia funzionale. Se l'allungamento dell'aspettativa di vita - stimato in Italia a 80 anni per gli uomini e a 86 anni per le donne - comporta un allungamento di ogni fase di vita (la giovinezza *in primis*) e un crescente ritardo dell'ingresso in una fase di decadimento fisico, anche quest'ultima fase si allunga. Il numero di italiani che vivono una condizione di disabilità fisica o intellettuale è oggi pari a 13 milioni di persone, che si concentra nella fascia d'età superiore a 65 anni. L'ISTAT (2013) indica che un quinto degli ultra-sessantacinquenni soffre di limitazioni funzionali, ovvero non è autosufficiente. Tale percentuale sale al 43,3% per gli ultra-ottantenni, categoria che incide, in Italia, per il 6,5% della popolazione, rispetto a una media europea del 5,3% (Eurostat, cfr. NNA 2017).

La tabella 1 riporta il quadro completo della presenza di anziani e di grandi anziani, e quindi l'indice di vecchiaia, nelle diverse regioni italiane.

Tabella 1: Incidenza della popolazione anziana nelle regioni italiane

	Popolazione	Over 65	Over 65	Over 80	Over 80	Indice di vecchiaia
Piemonte	4.404.246	1.091.411	24,8	377.660	7,7	189,6
Valle d'Aosta	127.329	29.076	22,8	8.732	6,8	161,7
Liguria	1.571.053	443.446	28,2	147.175	9,3	242,7
Lombardia	10.008.349	2.193.018	21,9	645.194	6,4	242,7
Trentino-Alto Adige	1.059.114	213.223	20,1	64.447	6,1	127,8
Veneto	4.915.123	1.081.371	22	321.856	6,5	154,8
Friuli-Venezia Giulia	1.221.218	310.951	25,5	93.473	7,6	199,8
Emilia-Romagna	4.448.146	1.049.844	23,6	342.088	7,7	173,6
Toscana	3.744.398	933.022	24,9	296.817	7,9	192,9
Umbria	891.181	220.961	24,8	73.056	8,2	189,3
Marche	1.543.752	370.951	24	124.289	8	179,7
Lazio	5.888.472	1.234.781	21	364.541	6,2	149,8
Abruzzo	1.326.513	304.403	22,9	99.253	7,5	176
Molise	312.027	73.695	23,6	25.237	8,1	196
Campania	5.850.850	1.045.084	17,8	285.857	4,9	113,4
Puglia	4.077.166	852.349	20,9	245.920	6	145,9
Basilicata	573.694	125.794	21,9	41.748	7,3	170,3
Calabria	1.970.521	404.826	20,5	125.687	6,4	146,9

Sicilia	5.074.261	1.024.867	20,2	301.985	5,9	137,6
Sardegna	1.658.138	366.681	22,1	104.042	6,3	180,7
Italia	60.665.551	13.369.754	22	4.049.057	6,7	157,7

Fonte: Istat 2015, cfr. Atti (2015)

L'Italia detiene, ad oggi, una popolazione di *over 65* nettamente superiore alla media europea (20,2% contro il 16% - 2010), all'interno di una comune tendenza espansiva. Nel 2010 il nostro paese risultava secondo alla sola Germania (20,7%), mentre, nel caso della popolazione di *over 80*, addirittura l'Italia è già nel 2010 il primo paese, con una percentuale superiore al 5% a fronte di una media europea del 4,1%.

Sempre secondo Eurostat (2011), nel 2060 gli *over 65*, a livello europeo, sfioreranno un terzo della popolazione (29,3%): ben il 16% in più rispetto al 2010 (16%), mentre gli *over 80* passeranno, negli stessi anni, da un'incidenza del 4% ad una incidenza del 10%. L'Italia, insieme ad altri paesi mediterranei come la Spagna, ha un tasso di invecchiamento da molti anni superiore alla media europea. Qui la percentuale, di *over 80*, si stima, raggiungerà presto il 14%. Il tasso di dipendenza degli anziani (il tasso di popolazione *over 65* in proporzione rispetto alla popolazione attiva - ovvero tra i 15 e i 64 anni), che nel 2010 è a livello europeo pari al 23,6%, nel 2060 sarà quasi doppio: il 52,4% (Carrera 2013, p. 24), e sarà particolarmente alto, oltre che in Italia, in Spagna e in Slovenia.

Anche in questo caso, è interessante rilevare che il dato europeo è inferiore non solo alla media italiana relativa al 2018 (34,8), ma anche al dato di una regione come la Campania, che, in Italia, ha una popolazione particolarmente giovane. Molte regioni del Centro-Nord, in testa la Liguria, già nel 2018 si avvicinano al dato che Eurostat stima, a livello europeo, per il 2060 (tabella 2).

Tabella 2. Età media, indice di vecchiaia e indice di dipendenza anziani nelle regioni italiane

	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani
Piemonte	46,6	197,6	40,2
Valle d'Aosta	45,6	171,1	36,7
Liguria	48,7	249,8	47
Lombardia		159,1	34,7

Trentino-Alto Adige	43,3	133,5	31,7
Veneto	45,1	163,6	34,9
Friuli-Venezia Giulia	47,1	208,8	41,6
Emilia-Romagna	45,9	177,8	37,8
Toscana	46,7	198,6	40,3
Umbria	46,5	195,9	40,3
Marche	46,1	187,6	38,7
Lazio	44,5	155,5	32,5
Abruzzo	45,7	185,9	36,3
Molise	46,3	206,9	37,2
Campania	42,1	127,6	27,2
Puglia	44,1	157,3	32,8
Basilicata	45,2	181,2	34,1
Calabria	43,9	155	31,9
Sicilia	43,1	145,8	31,5
Sardegna	46,1	195,5	34,5
Italia	44,9	165,3	34,8

Fonte: ISTAT 2018

La tabella 3 riporta l'evoluzione dell'indice di vecchiaia nelle regioni italiane, dal 1994 al 2018. I dati riportati evidenziano un aumento generalizzato del dato. Tale aumento è però maggiore nelle regioni del Sud, in cui il dato del 2018 è oltre il doppio, se non oltre, quello del 1994, mentre nel Nord, in cui il dato era già assai più alto nel 1994, la crescita appare più contenuta. Addirittura, l'Emilia-Romagna segna un'inversione di tendenza. Si tratta di un riscontro interessante che ci dice che nelle regioni del Centro-Nord siamo in presenza di una parziale inversione di tendenza del fenomeno, dovuto in parte alla ripresa delle nascite e, soprattutto, agli effetti dell'immigrazione, che porta una popolazione mediamente giovane e fertile. Le regioni del Sud, al contrario, stanno vivendo oggi un robusto *trend* di invecchiamento, che farà sentire i suoi effetti ancor più forti nei prossimi anni.

Tabella 3. Indice di vecchiaia nelle regioni italiane: 1994-2004-2018

	Indice di vecchiaia 1994	Indice di vecchiaia 2004	Indice di vecchiaia 2018
Piemonte	157,3	179,7	197,6
Valle d'Aosta	140,2	151	171,1
Liguria	228,3	242,5	249,8
Lombardia	121,5	141,5	159,1
Trentino-Alto Adige	98,7	108	133,5
Veneto	124	173,3	163,6
Friuli-Venezia Giulia	182,8	186,9	208,8
Emilia-Romagna	192,4	184,5	177,8
Toscana	180,4	191,7	198,6
Umbria	163,9	187,7	195,9
Marche	151,4	171,6	187,6
Lazio	108,3	135	155,5
Abruzzo	120,6	155,9	185,9
Molise	118,4	160,4	206,9
Campania	60,8	84,8	127,6
Puglia	71,7	106,1	157,3
Basilicata	87,4	132,6	181,2
Calabria	75,9	115,7	155
Sicilia	78,2	107,8	145,8
Sardegna	82,9	130,9	195,5
Italia	111,6	137,8	165,3

Fonte: elaborazione propria su dati Istat

I dati sin qui riportati offrono in sé un quadro di sicuro interesse, che ai fini di un ripensamento strategico dei servizi di assistenza e cura agli anziani vanno però interpretati alla luce di altri dati, relativi alle condizioni economiche e sociali e ai contesti in cui avviene l'invecchiamento, con particolare attenzione ai rischi che si profilano, in termini di vulnerabilità.

La capacità degli anziani, e in particolare dei grandi anziani, di sopperire alle proprie limitazioni funzionali è, infatti, condizionata da una serie di fattori, di tipo individuale, contestuale e relazionale. Dalla capacità di contare sul supporto familiare (è opportuno evidenziare che spesso i grandi anziani hanno figli a loro volta anziani, in altri casi non possono contare su una famiglia), dal supporto offerto dalle reti comunitarie e di vicinato, oltre che dai servizi pubblici, nonché dalle disponibilità economiche, che permettono di adattare - o cambiare - il proprio alloggio riducendo gli ostacoli alla mobilità, o di ricorrere a servizi offerti da privati - *in primis* le assistenti familiari.

Le statistiche Eurostat ci dicono che il 22% degli *over 65* nella UE27 è a rischio di povertà ed esclusione sociale, con valori che variano dal 66% della Bulgaria a percentuali inferiori al 10% nei paesi del centro e del nord. In Italia il valore è vicino alla media europea, ma con profonde differenze territoriali che rendono alcune regioni prossime ai valori della Grecia o dei paesi dell'est più poveri, come la sopracitata Bulgaria, ed altre regioni assimilabili ai paesi europei più benestanti.

Appare chiaro che la questione del mutamento dell'equilibrio socio-demografico della popolazione si pone in connessione con le trasformazioni dell'assetto socio-economico dell'Italia, come di tutti i paesi europei e in generale delle società avanzate.

Le dinamiche trasformative chiave vedono, da una parte, aumentare le dinamiche di individualizzazione e di frammentazione dei legami familiari e di vicinato - e quindi ridursi i meccanismi di protezione e di tutela di tipo informale - e, dall'altra, ridursi le risorse a disposizione dei sistemi istituzionali di *welfare* per garantire a ogni cittadino il soddisfacimento di bisogni crescenti, oltre che viepiù diversificati e plurali.

La contrazione - per alcuni un vero e proprio smantellamento - del *Welfare State*, consolidato nel corso dei "gloriosi trent'anni" successivi alla Seconda Guerra Mondiale, ha iniziato a prendere forma a partire dagli anni Ottanta, condizionata dai timori relativi alla crisi fiscale dello Stato - alimentata dalla crescita esponenziale delle domande, sempre meno assolvibili con risposte *standard*, e dalla crisi petrolifera del '79. Nei decenni successivi la riduzione del *welfare* è proseguita, con l'affermazione del modello neoliberista che ha spinto verso privatizzazioni ed esternalizzazioni e ha favorito il progressivo trasferimento di funzioni un tempo assolte dallo Stato al privato sociale e al Terzo Settore. Infine, ha inciso la riduzione delle spese che ha seguito la crisi economica iniziata nel 2007, che ha determinato l'inizio di una fase di contrazione della spesa pubblica nei servizi e, al contempo, ha visto un aumento delle fasce di popolazione vulnerabili e soggette a condizioni di povertà.

In questi anni, la congiunzione tra aumento e diversificazione dei bisogni e spinta alla riduzione dei costi e all'alleggerimento dell'intervento pubblico, si è concretizzata nell'affermazione di nuovi modelli di *welfare*, in cui il ruolo dello Stato retrocede a favore di un più ampio coinvolgimento di una pluralità di attori. Si è parlato, a proposito, di passaggio dal tradizionale paradigma del *Welfare State* a un paradigma di "*welfare society*" o "*welfare-mix*" (Donati 2000, Ascoli 2011). Questo definisce un sistema reticolare e differenziato in cui le istituzioni pubbliche si prendono cura del sostegno e

del coordinamento della rete di sussidiarietà e di mutualità incardinata nella società locale che diviene operante ed efficace grazie all'azione del Terzo Settore (Fazzi 1998). Se nella classica concezione del *Welfare State* è al settore pubblico che viene affidato un ruolo centrale in campo socio-sanitario, la *Welfare Society* fa riferimento ad una pluralità di attori che operano nell'ambito della comunità locale. Superando il dualismo Stato/mercato, l'obiettivo è valorizzare le risorse presenti nella società civile (Girotti 1998). I diversi attori del *welfare* locale si fanno così carico in modo concertato delle esigenze della popolazione operando secondo i principi di sussidiarietà, di *partnership* e di negoziazione, allo scopo di sviluppare un'offerta di servizi a misura del territorio. La possibilità per le pubbliche amministrazioni di esternalizzare i propri servizi, e perciò di aprirsi ad una differente gestione del *welfare*, è resa possibile dalla crescita del volontariato e da una trasformazione del Terzo Settore in direzione di una sua crescente professionalizzazione. Il "nuovo volontariato", assumendo forme organizzative e approcci di tipo imprenditoriale, si rivela più capace di dare continuità alla propria azione e quindi un interlocutore sempre più affidabile, oltre che imprescindibile. Le riforme legislative hanno favorito l'implementazione del principio di sussidiarietà. Pensiamo, *in primis*, alla Legge n. 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che riconosce e valorizza il ruolo del Terzo settore nell'implementazione del sistema delle politiche sociali, non solo come esecutore, ma come co-progettatore. Se, infatti, all'articolo 1 della suddetta legge si riconosce formalmente una partecipazione – tra gli altri – degli organismi del Terzo Settore alla programmazione, all'organizzazione e alla gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 1, c. 4-5), nell'articolo 5, specificamente dedicato al ruolo del Terzo Settore, si sostiene che «per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili [...] promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo Settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea» (art. 5, c. 1).

Più recentemente Maino e Ferrera hanno introdotto il concetto di "secondo *welfare*": questi si differenzia dal "primo *welfare*", o *welfare* tradizionale, di impronta statalista, definendo un *mix* di programmi di protezione e investimenti sociali a finanziamento non pubblico, forniti da una vasta gamma di attori economici e sociali, collegati in reti aventi un forte ancoramento territoriale (di qui l'espressione "*welfare* di comunità") ma aperte al confronto e alle collaborazioni trans-locali (Ferrera, Maino 2013). Se, d'accordo con gli orientamenti espressi dalla UE, il primo *welfare* mantiene la competenza sui regimi di base previsti dalla legge e i regimi complementari obbligatori di protezione sociale che coprono i rischi fondamentali dell'esistenza, quali quelli connessi alla salute, alla vecchiaia, agli infortuni sul lavoro, alla disoccupazione, al pensionamento e alla disabilità: le prestazioni e i servizi considerati "essenziali" per una sopravvivenza decorosa e per un'adeguata integrazione nella comunità, nonché per garantire il godimento dei diritti fondamentali di cittadinanza, al secondo *welfare* dovrebbero invece appartenere il settore della protezione sociale integrativa

volontaria, soprattutto nel campo delle pensioni e della sanità, nonché la parte rimanente di servizi sociali, con confini da definire pragmaticamente: bisogno per bisogno, territorio per territorio, comunità locale per comunità locale (Ranci, Pavolini 2015).

In poche parole, si tratta di riformare la natura del *welfare*, ampliandone gli attori e ridefinendone ruolo e obiettivi, più che, semplicemente, promuovere il passaggio delle prestazioni dal pubblico al privato, o di ricalibrare l'allocazione delle risorse, per esempio spostando l'enfasi dalla protezione passiva all'attivazione.

È in questo contesto che assume crescente rilievo un Terzo Settore sempre più imprenditorializzato e professionalizzato, a cui si guarda come attore capace, più del pubblico e più del privato, di coniugare efficienza ed efficacia con una concezione della cura che pone al centro la dimensione della relazionalità. Il Terzo Settore, grazie alla prossimità, è considerato in grado di leggere ed interpretare i bisogni emergenti e di offrirvi risposte non burocratiche; di prendere in carico non un utente, o un cliente, ma una persona; di offrire risposte olistiche, capaci cioè di integrare i diversi aspetti dell'esistenza e di integrare in una cornice unitaria una pluralità di interventi di tipo specialistico. Il Terzo Settore, d'accordo con questa visione, può insomma rappresentare l'ambiente ideale dove si affermano percorsi professionali in cui la dimensione economica-strumentale si coniuga alla dimensione sociale e solidale, generando nuovi modelli imprenditoriali. In particolare, uno degli elementi caratterizzanti lo sviluppo del "Secondo *Welfare*" è l'ampliamento degli ambiti di azione dell'imprenditoria sociale (Maino e Ferrera 2013, 8). L'impresa sociale è un attore cruciale in pratiche di innovazione che contribuiscono a integrare e a colmare le lacune del *Welfare* tradizionale tramite la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e di nuovi profili di competenze. All'impresa sociale, che si definisce per la sua capacità di conciliare virtuosamente la dimensione sociale alla dimensione imprenditoriale (Raffini 2015), si guarda come soggetto in grado di mobilitare risorse alternative (fondazioni bancarie, associazioni, sindacati, oltre agli enti locali), ponendole al servizio del benessere della società. Se l'Italia è, da un lato, un interessante laboratorio di imprenditorialità sociale, il ruolo dell'impresa sociale nella costruzione di un nuovo *welfare* è ancora parzialmente inesplorato, se si considera che la spesa sociale non pubblica, secondo dati OCSE, è in Italia pari al 2,1% del PIL, mentre in Francia e in Germania è pari al 3% e in Regno Unito e in Olanda arriva, rispettivamente, al 7,1% e al 8,3% (*ibid.*).

Ciò che è certo è che, in Italia come a livello europeo, non si guarda più al Terzo Settore come ambito residuale, stretto tra pubblico e privato, ma come un ambito strategico capace di rispondere al contempo ai limiti, alle inefficienze e alle iniquità di pubblico e privato, e in grado di produrre risposte innovative. Grazie al suo radicamento nel territorio, alla sua propensione ad elaborare risposte e progettualità "dal basso" alla sua capacità di coinvolgimento dei destinatari, alla capacità di coniugare la professionalità con la relazionalità e con l'empatia, alla sua capacità di

flessibilità, il Terzo Settore innova allorché prefigura risposte innovative ai bisogni emergenti, prima che questi si trasformino in emergenza.

Il richiamo alla capacità di innovazione e di resilienza del Terzo Settore, è opportuno evidenziarlo, rischia talvolta di fornire un velo giustificatorio rispetto ad un'ottica spesso più attenta all'esigenza di erogare servizi riducendone i costi, piuttosto che orientata all'innovazione sociale.

Proprio per aiutare i decisori, e in generale i soggetti coinvolti nelle *partnership* costruite in materia di servizi sociali, a cogliere le opportunità date dalla collaborazione tra soggetti pubblici, del Terzo Settore e del privato sociale, e a scongiurarne i possibili effetti distopici, è utile guardare a quanto si muove in questo ambito con uno sguardo critico, interpretativo e prefigurativo, con pratiche di ricerca-azione volte a favorire la diffusione di pratiche di innovazione trasformativa.

Questo tipo di approccio può e deve essere applicato a una pluralità di ambiti particolarmente toccati dal mutamento sociale, dalla formazione alle politiche attive del lavoro, passando per l'integrazione socio-economica dei migranti. Indubbiamente, tra questi occupano un posto centrale i servizi agli anziani, ed in particolare i servizi di assistenza domiciliare. Perché, come abbiamo detto, si tratta di un ambito in cui in maniera particolarmente forte si avvertono le sfide trasformative, dovute all'inarrestabile mutamento demografico in corso e alle conseguenze sociali, economiche e culturali a questo connesse, in cui, di converso, particolarmente forte risulta la necessità di ripensare gli strumenti di *welfare*. Tutto ciò in un contesto in cui, come molto spesso sta avvenendo negli ultimi anni, gli scenari di mutamento risultano viepiù dettati da motivazioni economiche che da un serio ripensamento dei modelli e delle pratiche di intervento, nonché della loro finalità. A incidere in tal senso, ancor prima degli effetti della crisi economica, interviene la diffusione di un orientamento, genericamente definibile "neoliberista", che ha postulato l'opportunità di un arretramento dello Stato, e in generale di una privatizzazione/esternalizzazione dei servizi, e in particolare di quelli socio-sanitari, in nome dell'efficacia/efficienza.

L'intreccio di queste diverse spinte spiega perché, in Italia, a partire dagli anni duemila si inverte un relativamente prolungata fase di sviluppo e consolidamento dei servizi di assistenza domiciliare (Gori e Rusmini, 2015), lasciando spazio a un lungo periodo segnato, nella migliore delle ipotesi, da un assestamento, se non da un arretramento dei servizi forniti, sul piano quantitativo e qualitativo (NNA 2017). L'incertezza che ne emerge, è segnata, in sintesi, da due elementi, l'aumento e la diversificazione delle domande e la riduzione delle risorse che, insieme, si riflettono in una spinta al ripensamento dei servizi assistenziali agli anziani orientata all'innovazione. Questa, tuttavia, oscilla ambigualmente tra la sperimentazione di nuove risposte a bisogni emergenti, e un adattamento passivo che mira a sopperire al sotto-finanziamento dei servizi alla persona.

A partire dagli elementi sopra brevemente riportati si comprende quanto il ripensamento dei servizi sociali a supporto degli anziani - con particolare riferimento a

chi è posto in condizioni di non autosufficienza rappresenti una sfida di particolare importanza che le società contemporanee sono chiamate ad affrontare.

Citando un recente studio sulle residenze sanitarie per anziani promosso da SPI CGIL; "L'assistenza agli anziani non autosufficienti è una delle emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese, peraltro a fronte di una spiccata longevità della popolazione e di una crescente incidenza delle persone anziane che vivono sole. Le risposte assistenziali sono spesso inadeguate, sia per le risorse complessive disponibili, sia per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse" (Atti 2015).

La riflessione sul futuro in questo ambito tira in causa una serie di elementi, di natura economica, sociale, politica e culturale che hanno a che fare con i rapporti tra generazioni, con la riconfigurazione del *welfare state* e con la riconfigurazione del rapporto tra cittadini, istituzioni pubbliche, soggetti del Terzo Settore e del privato sociale. Ma non solo. Perché spinge a ripensare in maniera radicale il modo di vivere le relazioni, di organizzare la vita sociale, a partire dal modo di concepire l'abitazione e di disegnare gli spazi sociali. Si tratta di un ambito in cui è particolarmente importante pensare e "agire" innovazione sociale.

Fare innovazione sociale non significa, di per sé, "inventare" prodotti o servizi nuovi, in quanto non è la novità del prodotto o del servizio che lo rende innovativo dal punto di vista sociale: un prodotto o un servizio, come quelli ideati dalle imprese private, possono essere tecnologicamente avanzati, o offrire possibilità prima inesistenti, ma non apportare un significativo contributo di innovazione sociale. Una definizione sintetica di innovazione sociale, partendo da questo presupposto, è la capacità di offrire risposte innovative a bisogni sociali che in precedenza non trovavano risposte o trovavano risposte inadeguate. Questo risultato può essere ottenuto introducendo servizi o prodotti esistenti in altri territori ma che non erano disponibili nel territorio di riferimento, producendo beni o erogando servizi già esistenti, ma in forma più efficace, sulla base di *partnership* o alleanze efficienti e risolutive, e con maggiori criteri di equità, combinando risorse materiali e immateriali in forma nuova, ottenendo una risposta migliore ai bisogni della collettività e dei singoli. Alla base dei processi di innovazione sociale vi è un percorso che conduce dalla ricognizione dei bisogni alla ricerca di nuove soluzioni, e quindi alla realizzazione di risposte innovative.

Nel Libro Bianco sull'innovazione sociale Murray *et al.* (2010) individuano sei momenti che definiscono i percorsi di innovazione sociale:

1) Suggestioni, ispirazioni e diagnosi. È la fase in cui, in conseguenza dei processi di mutamento sociale, si presentano nuove sfide, che si traducono in bisogni emergenti. In questa fase, i processi di innovazione prendono forma a seguito della capacità di individuare e dare forma ai problemi emergenti, identificandone le cause.

2) Proposte e idee. È il momento in cui si cercano nuove risposte avviando una fase di confronto creativo su una pluralità di ipotesi e opzioni.

3) Prototipi ed esperimenti. In questa fase si procede alla sperimentazione delle proposte elaborate e se ne verifica l'efficacia, coinvolgendo e interagendo con un pubblico più ampio.

4) Conferme. L'idea entra in una fase pienamente progettuale, e ne viene assicurata la sostenibilità finanziaria e organizzativa.

5) Organizzazione e diffusione. Si adottano strumenti per diffondere la nuova pratica, attraverso strategie di "scaling", processi di emulazione e scambio di competenze.

6) Cambiamento del sistema di riferimento. L'innovazione si radica nelle pratiche sociali, conducendo a un cambio di paradigma, che si riverbera in una pluralità di ambiti e di attori, compreso quello pubblico.

Gli attori del Terzo Settore, in una società caratterizzata da una crescente complessità e da una pluralizzazione dei bisogni e delle domande, sono ritenuti più capaci di intercettare i bisogni nascenti, rispetto ad un attore pubblico di cui si sottolinea la tendenza ad offrire risposte burocratiche, in ritardo rispetto all'emergere dei bisogni, e con una sempre minore capacità di azione, a seguito dei continui processi di riduzione di risorse. Quest'ultimo aspetto coinvolge anche il Terzo Settore, che sempre meno è in grado di garantire le proprie attività facendo affidamento sulle tradizionali fonti di finanziamento: in particolare pubbliche amministrazioni e fondazioni bancarie. Per il Terzo Settore le risorse immateriali, a partire dalla dimensione umana e relazionale, costituiscono una ricchezza che permette di offrire risposte anche in presenza di una ridotta disponibilità di risorse materiali.

A partire da questi presupposti, nelle pagine che seguono, si indagherà lo stato attuale, l'evoluzione e le prospettive di sviluppo di un servizio cruciale rivolto agli anziani, e la cui qualità è determinante nel definire le prospettive di *Active Ageing* e di *Long Term Care*: l'assistenza domiciliare.

Questa è di straordinaria importanza perché da lei dipendono la capacità di accompagnare gli anziani in percorsi di assistenza che ne consentano, il più a lungo possibile, la permanenza nella propria abitazione, e quindi nel proprio territorio e all'interno delle proprie reti relazionali.

Rimanere nella propria abitazione, ricevendo l'adeguato supporto allo svolgimento delle funzioni vitali compromesse, e non più quindi gestibili in maniera autosufficiente, d'altra parte, permette di ridurre l'accesso a strutture residenziali e ospedaliere. Le cure domiciliari, sotto questo aspetto, rappresentano una forma di assistenza sanitaria e sociale che viene fornita al cittadino direttamente al proprio domicilio. Tale servizio fa della casa il luogo privilegiato delle cure, consentendo alla persona di continuare a vivere tra i propri cari ed i propri affetti anche in fasi della vita dominate dalla malattia e dal declino funzionale (Vetrano, Vaccaro 2017).

Ma quanto, ad oggi, l'assistenza e cura domiciliare in Italia è capace di rispondere efficacemente ai bisogni emergenti? E quanto offre un'alternativa ad altre soluzioni? La strutturazione attuale dei servizi offerti è adeguata - e orientata all'innovazione, non solo in termini di risorse ma anche e soprattutto in termini di competenze coinvolte?

Chi sono gli attori che concorrono all'assistenza domiciliare e come si relazionano tra di loro? Ancora, che differenze vi sono tra le diverse regioni italiane e tra lo scenario italiano e quello che caratterizza altri paesi europei? Sono rintracciabili esperienze significative di innovazione, nelle modalità di erogazione del servizio, o nella sperimentazione di iniziative e progetti alternativi, come, ad esempio, l'offerta di soluzioni abitative che consentano di coniugare virtuosamente autonomia e assistenza, indipendenza e coinvolgimento relazionale?

3. Evoluzione e assetto attuale dell'assistenza domiciliare in Italia nel quadro europeo

Il *Long Term Care* è un ambito di *policy* che, a differenza di altri ambiti di intervento sociale (si pensi al sistema pensionistico, al sistema sanitario, alle politiche educative) è debolmente istituzionalizzato. Tale debole istituzionalizzazione è particolarmente accentuata nei paesi mediterranei, tradizionalmente caratterizzati da un modello familistico di *welfare*, a differenza dei paesi dell'Europa settentrionale e continentale, caratterizzati da un modello di *welfare* più spiccatamente universalista. Secondo la celebre definizione di Esping-Andersen (1993), il modello familista di *welfare* è caratterizzato da un debole sviluppo dei servizi garantiti dallo Stato, a cui fa da contrappeso il lavoro di cura e di sostegno offerto dalle famiglie: in Italia, come negli altri paesi dell'Europa del Sud, il lavoro di cura ha solo in parte vissuto un processo di professionalizzazione ed è rimasto in buona misura responsabilità delle famiglie, in particolare, delle donne, il cui accesso al mercato del lavoro è sensibilmente aumentato, ma non al punto di raggiungere la parità di genere. Si è inoltre concentrato in professioni altamente professionalizzate, come l'insegnamento o l'assistenza sanitaria. Il mantenimento delle attività di cura all'interno della famiglia, mentre in altri paesi queste venivano viepiù trasferite allo Stato e al mercato, si è strettamente associato al dualismo del mercato del lavoro, che ha visto le donne una parte relegate al lavoro domestico, non retribuito e quindi non riconosciuto, e dall'altra dedicarsi a impieghi tipicamente femminili, nell'ambito dell'insegnamento e dell'assistenza. D'altra parte, anche quando le donne accedono al lavoro retribuito rimangono investite di una responsabilità prevalente del lavoro domestico, in un quadro in cui la redistribuzione del lavoro all'interno della famiglia è ancora parziale. Alle donne è affidata la cura dei bambini, dei giovani e degli anziani.

Il lavoro di cura, e in specie il lavoro di assistenza fondato su una dimensione prevalentemente sociale e su una debole incidenza della dimensione sanitaria, è del resto, anche quando è svolto in forma di lavoro retribuito, tradizionalmente associato a una debole professionalizzazione, elemento connesso al suo scarso riconoscimento sociale ed economico.

Si tratta di un elemento che spiega perché, in Italia assai di più che in altri paesi, in un contesto di aumentata incidenza di anziani non autosufficienti, di contemporanea minore disponibilità da parte delle famiglie - leggasi le donne - di farne fronte, visto il

maggiore accesso al mercato del lavoro, e al contempo di debole sviluppo dei servizi pubblici, si sia affermato il ricorso alle assistenti familiari - comunemente definite "badanti". Si tratta di donne, per lo più provenienti dai paesi dell'Est Europa o dal Sud America, che, in un contesto di ampia diffusione dell'irregolarità, sono disposte a prestare servizio presso le abitazioni degli anziani da accudire, in cambio, oltre che dello stipendio, di vitto e alloggio. La "badante" accompagna e assiste l'anziano nella sua vita quotidiana, nella maggior parte dei casi senza competenze specifiche. Bisogna comunque riconoscere che soprattutto negli ultimi dieci anni sono stati realizzati numerosi programmi e progetti, in collaborazione con Enti pubblici, agenzie formative, sindacati e patronati, per l'emersione e la formazione di questa categoria di lavoratrici, con differenti esiti. In assenza di competenze e di qualifiche standard, e spesso anche di una regolazione contrattuale, alle assistenti familiari è richiesta una disponibilità generica, che spesso oscilla ambiguamente tra dimensione professionale e dimensione relazionale e financo affettiva. Si veda, a proposito, una pionieristica ricerca promossa dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, che rivela che "il lavoro di cura non viene cioè percepito come una semplice esecuzione di mansioni ma se ne evidenziano gli aspetti connessi al contatto quotidiano, all'intimità, alla convivenza, allo scambio comunicativo" (Regione Emilia-Romagna 2005).

Ciò che è certo è che, in Italia, il ricorso alle assistenti familiari rappresenta lo strumento principale che consente agli anziani di continuare a vivere nella propria abitazione - elemento che più ricerche evidenziano come loro esigenze prioritaria, più dei servizi di assistenza forniti da attori pubblici e privati. Si tratta di un elemento che è importante avere chiaro al momento di indagare il ricorso ai servizi forniti dalle istituzioni.

Questi si compongono di tre pilastri:

- 1) I servizi di assistenza domiciliare, a loro volta suddivisi in SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare, di natura socio-assistenziale e in ADI - Assistenza Domiciliare Integrata, di natura sanitaria;
- 2) I servizi di assistenza residenziale (strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali);
- 3) I trasferimenti monetari di natura assistenziale (indennità di accompagnamento per invalidità civile e altri contributi regionali).

Le stime, costruite sulla base di dati Istat del 2011, indicano in 3.329.000 i *caregiver* familiari attivi in Italia nell'assistenza ad anziani, malati cronici, invalidi e disabili, che assistono adulti.

I *caregiver* sono familiari e persone adulte che forniscono aiuto a un familiare nelle attività quotidiane, nella gestione delle cure, nell'accompagnamento o in altre attività di supporto. Si tratta nella maggioranza dei casi di donne, in un contesto culturale in cui "In Italia, così come in altri Paesi dell'Europa meridionale, esiste una generale accettazione e preferenza culturale del fatto che la famiglia sia incaricata della cura dell'anziano" [NNA, 2015]. Dati comparativi a livello europeo (OECD 2011) indicano che in Italia il ricorso ai *caregiver* informali - perlopiù familiari donne - con una copertura

del 16,2% dei casi, è superiore a qualsiasi altro paese europeo. Negli altri paesi infatti, l'attività di cura informale riguarda una percentuale che oscilla tra l'8% di paesi come la Svezia al 15,3% di paesi come la Spagna, il paese che più si avvicina all'Italia. Non sorprende che si tratti, da una parte, di un paese emblema di un modello universalista di *welfare* - che attribuisce un ruolo centrale allo Stato - e, dall'altra, di un altro paese mediterraneo caratterizzato da un *welfare* familista, oltre che da un alto tasso di invecchiamento.

Ai *caregive* familiari vanno aggiunti 830.000 assistenti familiari assunti direttamente da anziani e famiglie (Pasquinelli 2013; cfr. NNA 2017), le "badanti", che svolgono una funzione di assistenza familiare a titolo retribuito, al di fuori di particolari competenze di tipo professionale, di fatto sostituendo o integrando l'attività di supporto svolta da familiari.

Altre fonti confermano questo dato, indicando che in Italia vi sono 5 assistenti familiari ogni 20 ultrasessantacinquenni. La spesa annuale sostenuta per questa voce dalle famiglie italiane ammonterebbe a 9,2 miliardi (Atti 2015), a dimostrazione che, in un contesto di insufficienti investimenti nei servizi domiciliari la domanda continua a superare le capacità di risposta da parte dell'offerta pubblica.

Il tasso di irregolarità in questo ambito di lavoro è molto elevato: si stima che due terzi degli assistenti familiari stranieri - poco meno di 500.000 lavoratori - non abbia un contratto di lavoro. Inoltre, solo una ridotta minoranza degli assistenti familiari, italiani e stranieri risulta in possesso di una formazione specifica nella cura e nell'assistenza infermieristica. Alla base dell'ampio ricorso all'irregolarità vi sono sicuramente i costi elevati della regolarizzazione e alcuni vantaggi sia per le famiglie sia per gli assistenti stessi: le prime pagano meno e sono libere da vincoli, i secondi, seppure rinunciando a garanzie e tutele, ottengono una paga più elevata in quanto esentasse. Questo crea purtroppo una negoziazione "sottobanco" tutta italiana che sfugge ai controlli e si è incistata nella società, salvo poi scoppiare qua e là, in maniera disordinata, in abbandoni sul luogo di lavoro, truffe, denunce e incidenti sul lavoro che costano sia alle famiglie sia alle lavoratrici molto di più di quanto entrambi ambivano risparmiare.

La forte propensione al ricorso informale alle assistenti domiciliari trova spiegazione nella sovrapposizione di diversi fattori.

In primo luogo, vi sono caratteristiche storiche e culturali ed economiche e sociali. Uno spiccato maschilismo ancora oggi caratterizza il nostro paese rispetto a quelli del Centro e del Nord Europa, che si traduce in un minore accesso delle donne al lavoro retribuito, nonché a una forte segmentazione dello stesso mercato del lavoro, con la presenza di settori lavorativi altamente femminilizzati, a partire da quelli con una componente di cura (operatrici sociali e sanitarie, ma anche insegnanti dei livelli più bassi di formazione, ecc.). La minore necessità di ricorrere al supporto di operatrici e operatori professionali esterni ha, negli anni, fatto sì che la diffusione di questo tipo di servizi si sviluppasse meno che altrove. In assenza dello sviluppo e dell'istituzionalizzazione di un approccio alternativo al lavoro di cura, il maggior

ingresso delle donne nel mondo del lavoro e, in altri casi, la disgregazione dei nuclei familiari, a fronte di una persistenza del modello culturale tradizionale, ha fatto sì che le richieste di assistenza si rivolgessero verso figure esterne, ma chiamate a svolgere per alcuni aspetti una vera e propria azione di surrogato della moglie o della figlia. Ricerche effettuate negli anni dimostrano che questo tipo di approccio si riflette nel modo di relazionarsi con la "badante", da cui ci si aspetta un lavoro di cura continuo e a tutto tondo, in cui le lacune in termini di professionalità trovano equilibrio in un ruolo di accompagnamento e di assistenza a 360 gradi, che non di rado implica anche aspetti propriamente affettivi. Dalla "badante", che condivide l'intera giornata, giorno e notte, con l'anziano che cura, ci si aspetta una relazione che esula dalla dimensione prettamente professionale, generando in questo modo non di rado implicazioni di difficile gestione, e un'ambiguità che può generare nell'assistente familiare disagio, soprattutto quando, come avviene in molti casi, l'assistente familiare è una donna, che vive lontana dal paese di origine, in condizioni di isolamento, e con una debole disponibilità di risorse, anche di tipo culturale, oltre che sociale. Si stima, infatti, che le assistenti familiari attive in Italia siano nella quasi maggioranza dei casi di sesso femminile e perlopiù di nazionalità straniera - seppur con una tendenza all'aumento delle italiane, a seguito della crisi economica del 2008. I paesi di provenienza sono in prevalenza paesi dell'est-Europa (Romania, Moldavia, Ucraina), dell'America Latina (Brasile, il Perù, la Repubblica Dominicana), le Filippine.

Vi è poi in un elemento di tipo sistemico: in Italia, tradizionalmente e ancora oggi, il pilastro centrale su cui si regge l'assistenza agli anziani è rappresentato dai trasferimenti monetari e quindi dall'indennità di accompagnamento, erogata dall'INPS in modo non selettivo rispetto al reddito o alle caratteristiche familiari, e, soprattutto, non vincolata al suo utilizzo. L'indennità di accompagnamento può essere utilizzata dalle famiglie per bilanciare i minori introiti dovuti alla rinuncia al lavoro - o, per esempio, al passaggio al *part-time* - da parte del membro della famiglia che si occupa della cura dell'anziano, per acquistare servizi di assistenza domiciliare presso organizzazioni pubbliche, private o del Terzo Settore, o, come spesso avviene, per pagare la "badante" (NNA 2017).

All'indennità di accompagnamento vanno aggiunte le misure di sostegno economico elargite da alcune Regioni, come l'assegno di cura "badanti" introdotto in Veneto già nel 2002 o l'"assegno badanti" della Regione Lombardia (Legge Regionale n. 15 del 2015 "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari"), introdotto proprio con l'obiettivo di sostenere economicamente le famiglie che assumono assistenti familiari. In altre regioni italiane il contributo pubblico al ricorso alle assistenti familiari si ha con l'attivazione, di norma in accordo con organizzazioni come Caritas, di appositi sportelli di incontro tra domanda e offerta, e con l'attivazione di attività formative rivolte agli assistenti familiari. Anche in Emilia-Romagna e in Toscana (si veda il progetto "Pronto Badanti") sono attive iniziative in tal senso. Obiettivo degli interventi di *policy* a sostegno del lavoro privato di cura è di norma promuoverne la regolarizzazione - prevenendo il fenomeno del lavoro nero, e

la qualificazione, anche attraverso corsi di formazione e certificazione delle competenze (Pasquinelli, Ruspini 2009).

Va considerato che il ricorso all'opzione "badante", sempre più, caratterizza famiglie di diversa provenienza sociale, e non risponde a mere considerazioni di tipo economico. La convivenza con l'assistente familiare consente agli anziani di rimanere nel proprio ambiente domestico, a differenza di quanto avverrebbe in caso di trasferimento in una struttura residenziale, o di ricorso a strutture semi-residenziali.

D'altra parte, non considerare criticamente l'evoluzione del contesto strutturale e delle risorse istituzionalmente rese disponibili alle famiglie rischia di condurre a confondere, fallacemente, cause ed effetti, o a sovrastimare il peso delle variabili culturale a scapito di quelle strutturali e sistemiche. Un po' al pari di quanto avviene negli studi sulla condizione giovanile, in cui il riferimento all'attaccamento alla famiglia e alla mamma, o ai giovani "bamboccioni", rischia di distrarre dalla carenza di opportunità lavorative esistenti in Italia, dalle lacune del sistema formativo e dalla debolezza dei sistemi di *welfare* deputati a promuovere l'accesso e la protezione al lavoro, l'indipendenza abitativa, ecc.

Anche nel caso delle politiche in materia di *Active Ageing* e di LTC, dobbiamo quindi chiederci quanto il ricorso al lavoro informale di cura sia dovuto a orientamenti culturali e quanto alla assenza - o debole strutturazione - di opzioni alternative, e in particolare dell'assistenza domiciliare fornita dal pubblico. E quanto, ancora, una sorta di accettazione rassegnata del fatto che la cura degli anziani spetti alle famiglie - o alle assistenti familiari in loro vece - inibisca mobilitazioni da parte delle famiglie e dei soggetti organizzati - a partire da sindacati e associazioni di tutela degli anziani e dei malati - per reclamare il miglioramento dei servizi. Come evidenziano Ranci e Pavolini (2013), i soggetti organizzati preposti alla tutela degli anziani, non solo in Italia, si rivelano più deboli, sul piano rivendicativo, rispetto ad organizzazioni più specialistiche, come quelle attive nel campo della disabilità, o concentrano la loro azione su altre dimensioni, a partire dalle pensioni.

Per comprendere come le variabili organizzative, strutturali e culturali si intrecciano, è dunque utile ripercorrere brevemente l'evoluzione delle politiche in Italia, nei tre pilastri che la caratterizzano: assistenza residenziale, assistenza domiciliare e trasferimenti monetari alle famiglie. Si tratta di un'operazione abbastanza agevole, poiché può contare sull'importante lavoro svolto dalla Fondazione ItaliaLongeva e dal *Network* sulla non autosufficienza, che nell'ultimo decennio ha pubblicato dettagliati rapporti con scadenza regolare.

Partiamo dall'individuazione dei pilastri che definiscono l'assistenza agli anziani in Italia - nella sua declinazione formale (laddove la dimensione informale attiene al già citato lavoro domestico e all'attività delle assistenti familiari - "badanti").

Si tratta dei trasferimenti monetari, dell'assistenza domiciliare (ADI e SAD) e dei servizi di assistenza di tipo residenziale.

La tripartizione dell'assistenza agli anziani, trasferimento monetario, assistenza residenziale e assistenza domiciliare – a cui si aggiunge la biforcazione dell'assistenza

domiciliare in ADI e SAD - si riflette in una suddivisione della responsabilità tra una pluralità di attori e livelli di governo, che coinvolge il livello statale, per quanto riguarda i trasferimenti monetari, gestiti dall'INPS, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la cui competenza è oggi delle Regioni, per quanto riguarda l'ADI, che è erogata a livello distrettuale dalle ASL e i Comuni, in merito all'assistenza residenziale SAD.

Ad oggi i diversi attori - e quindi i diversi servizi, risultano assai debolmente integrati e interconnessi, nonché soggetti a una profonda disparità di tipo territoriale, soprattutto, come è naturale, negli ambiti di competenza regionale e locale (assistenza residenziale e domiciliare): il taglio dei trasferimenti ai Comuni e il Patto di Stabilità hanno particolarmente esacerbato le differenze nelle capacità di intervento dei Comuni.

La spesa pubblica italiana per LCT è pari, nel 2015, all'1,9% del PIL (Ragioneria dello Stato – MEF, 2016, cfr. Atti et al. 2016). Si tratta di una spesa in linea con la media della EU27 (1.8% nel 2010), e che avvicina l'Italia a paesi come Regno Unito e Francia. Si tratta di un dato che appare sottodimensionato in tutti i paesi europei, rispetto alla crescente centralità del fenomeno a cui si indirizza, ma la cui comprensione, al di là della dimensione prettamente quantitativa, richiede una più approfondita analisi delle voci di spesa.

Come si è detto, infatti, la parte preponderante di tale spesa, in Italia, è ancor oggi affidata ai trasferimenti monetari, che non sono erogati sulla base delle caratteristiche individuali e familiari del destinatario, ma sul solo accertamento della sua condizione di invalidità, parziale o totale, e quindi di non autosufficienza. La spesa in servizi erogati direttamente dal pubblico, o da altri soggetti in convenzione, risulta in Italia invece assai ridotta, riguardando una quota inferiore del 5% del totale della spesa. Ciò rappresenta un elemento di differenziazione dirimente rispetto a un paese come la Francia. Qui la spesa *pro-capite*, in termini assoluti, non è molto superiore a quella italiana, ma l'incidenza della spesa diretta in servizi è pari a un terzo. Idealmente, se il caso italiano è paragonabile a quello di paesi come Polonia, Repubblica Ceca, Portogallo, Romania, Irlanda, ecc., in cui la spesa medio-bassa in LTC si associa a un'incidenza ridotta della spesa in servizi, al polo opposto troviamo la Svezia, in cui non solo si ha una spesa assai più elevata, ma un'incidenza particolarmente forte - vicina al 50% - delle spese in servizi (Eurostat 2010).

Il capitolo più sacrificato risulta essere quello dell'assistenza domiciliare, la cui copertura, nel 2012, risultava del 4,3% degli anziani, contro una media europea di oltre il 7% (Atti 2015). Ciò al netto delle significative differenziazioni interne, che vedono i paesi del Nord superare il 20% (Finlandia, Norvegia, Paesi Bassi) o addirittura il 30% di copertura (Danimarca). Ciò significa, sul piano numerico, che ogni anno gli individui che ricevono assistenza domiciliare sono 700mila (INPS, 2016). Si tratta di un dato che evidenzia come il servizio riesca oggi a soddisfare solo in minima parte i bisogni esistenti, che continuano perciò a trovare risposte - spesso di tipo non adeguatamente professionalizzato - a livello informale. L'insufficiente capacità di risposta – e a ben vedere anche la ridotta domanda – sono il frutto di un percorso evolutivo del servizio

che sconta un ritardo nella nascita e una lentezza nello sviluppo, a cui va aggiunta una persistente diversificazione ed eterogeneità a livello territoriale. Insieme, questi fattori spiegano perché nel nostro paese risulti particolarmente difficile il superamento di un modello familista di assistenza e, al contempo, di un modello ospedale-centrico di cura.

Se "l'aumento dell'incidenza di patologie croniche e di malattie degenerative connesse all'anzianità, che compromettono le funzioni vitali e l'autonomia degli individui che ne soffrono, impone la necessità di ideare ed implementare nuovi modelli assistenziali, che non siano più incentrati sulla risposta ad eventi acuti, ma finalizzati ad una più efficace ed efficiente gestione della disabilità da essi derivanti, che mettano al centro dell'attenzione la persona ed il mantenimento di un'adeguata qualità della vita", l'Italia non ha ad oggi raggiunto i livelli di sviluppo e di consolidamento che caratterizzano le realtà europee più avanzate. Si lamenta, al contrario, l'interruzione, nell'ultimo decennio, di un percorso di crescita che è iniziato negli anni Ottanta del secolo scorso e ha proseguito fino al primo decennio del nuovo secolo, allorché, negli anni della crisi economica, "la restrizione della spesa pubblica ha determinato la contrazione dell'offerta ed il clima – nelle realtà del *welfare* locale – è rapidamente mutato: si è passati dalla predominante fiducia nel proseguo dello sviluppo del settore alla diffusa convinzione che la fase evolutiva fosse conclusa e che il futuro potesse riservare solo arretramenti, sotto ogni punto di vista. Coerentemente con questa percezione, comune tra decisori ed operatori, la gran parte dei percorsi di miglioramento qualitativo e di innovazione dell'offerta in atto nei vari territori è stata rallentata o interrotta (Gori e Rusmini 2015).

Proprio nel momento in cui, forte di una sua progressiva istituzionalizzazione e consolidamento, esperti e *stakeholder* auspicavano un intervento di riordino sistematico dell'assistenza agli anziani, in primo luogo dell'assistenza domiciliare, si è assistito a una perdita di progettualità a tutti i livelli di governo, e in particolare a livello centrale, mentre a livello regionale, pur nei casi di azione riformatrice, il settore del *Long-Term Care* è sovente apparso scarsamente considerato (Vetrano, Vaccaro 2017).

4. ADI e SAD

È utile, seppur in modo sintetico - rinviando alle ricerche che se ne sono occupate in modo sistematico per approfondimenti (cfr. Tidoli 2016) - ripercorrere la nascita e l'evoluzione dell'assistenza domiciliare in Italia, per poi tracciarne il quadro analitico attuale e, infine, individuarne le prospettive di riforma, evoluzione e sviluppo.

I primi modelli di assistenza domiciliare sono stati sperimentati, in alcuni Comuni, negli anni Settanta, e in particolare nelle grandi metropoli (ad es, Milano avvia il servizio nel 1987, *ivi*), quando inizia a diffondersi la consapevolezza che le mutate condizioni di vita, l'individualizzazione, le trasformazioni della famiglia, oltre all'aumento dell'età di vita, comportava nuovi bisogni, che non trovavano soddisfazione

nella tradizionale organizzazione dei servizi sanitari, e per lo più, rispetto a queste, si orientava al soddisfacimento di bisogni prettamente sociali, "leggeri". Si tratta di sperimentazioni autonome, e per questo assai diversificate tra loro, eterogenee in merito ai servizi svolti, ai destinatari, alle professionalità impiegate. Gli incaricati di queste prime esperienze di assistenza domiciliare, impiegati del Comune, privi di qualifiche specifiche, si occupano di accompagnare gli anziani a fare la spesa, a sbrigare commissioni e faccende quotidiane, a pulire casa.

Negli anni Ottanta e Novanta molte regioni approvano una propria legge di riforma dei servizi socio-assistenziali. In questa fase trova consolidamento l'Assistenza domiciliare SAD, a cui si affianca, al volgere del millennio, l'ADI, il secondo grande pilastro dell'assistenza domiciliare, che nasce con l'obiettivo di integrare la dimensione sanitaria con quella sociale, a partire dalla sempre maggiore consapevolezza che aumento dell'aspettativa di vita e trasformazione della struttura sociale - e in particolare delle famiglie - rendono il SAD non in grado di assolvere una serie di bisogni che presentano una componente sanitaria e che residenziali e assistenza ospedaliera non possono prendere in carico tutte le casistiche di non autosufficienza non gestibile nell'ambito del SAD. Si apre dunque un ambito intermedio, tra le due opzioni preesistenti, molto ampio, il cui obiettivo è garantire agli anziani non autosufficienti di restare il più a lungo possibile nel proprio domicilio, garantendo loro al tempo stesso le necessarie cure e la necessaria assistenza sociale, integrando le due dimensioni.

Si tratta di un servizio organizzato dalle ASL in un'ottica di collaborazione con i Comuni, il cui obiettivo è garantire la permanenza dei pazienti presso il proprio domicilio, non solo prestando le necessarie cure, ma con l'obiettivo complessivo di migliorare la qualità della vita dell'assistito - più di quanto avverrebbe in strutture sanitarie, rallentando il declino funzionale e cognitivo.

L'integrazione nasce dalla constatazione che in misura crescente le città si popolano di anziani affetti da patologie croniche, di tipo degenerativo e invalidante, che li rendono non autosufficienti, e che per continuare a vivere nella propria abitazione richiedono forme di assistenza continuativa, sia di tipo sanitario, sia di tipo leggero. Ciò in un contesto di difficoltà da parte delle famiglie, quando presenti, a garantire continuità e per offrire un'alternativa all'ospedalizzazione o all'accesso a strutture sanitarie di tipo residenziale, opzione più costosa, oltre che meno preferibile per gli stessi anziani. Diffusasi a macchia di leopardo negli anni Novanta in alcune regioni, all'insegna di una estrema variabilità di modelli organizzativi, di servizi erogati e di competenze coinvolte, solo al volgere del millennio ha avuto una regolazione legislativa omogenea a livello nazionale, dietro la cui superficie, di fatto, si è mantenuta la forte differenziazione su base regionale, pur a fronte dei primi tentativi di regolazione, come il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani 1991-1995" che, d'accordo con i principi affermati nella Legge 833 del 1978 istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale SSN, orientata all'integrazione, allora quasi del tutto assente, dei servizi sociali, sanitari ed assistenziali, mirava ad aumentare gradualmente il numero

di pazienti coinvolti nelle cure domiciliari, per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni dell'anziano.

L'ADI viene quindi normata dal DPCM del 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria". I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ridefiniti e aggiornati nel 2017 definiscono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), in tre aree:

1. l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (es. attività di prevenzione);
2. l'assistenza distrettuale (i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, vi rientrano la medicina di base, i servizi domiciliari e residenziali);
3. l'assistenza ospedaliera (pronto soccorso, ricovero ordinario, lungodegenza riabilitazione, ecc.).

La normativa, finalizzata a promuovere l'integrazione tra dimensione dell'assistenza sociale e sanitaria, prevede un primo contatto tra le istituzioni e il cittadino in un apposito Punto Unico di Accesso (PUA), organizzato dalle ASL in collaborazione con i Comuni, e che è deputato a raccogliere le richieste dei pazienti e di definire un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), a partire da una valutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito. Si definiscono qui modalità e livello di intensità assistenziale, su cui si basa l'integrazione delle diverse prestazioni e delle professionalità richieste per farvi fronte, oltre che la frequenza delle stesse.

L'assistenza infermieristica e di riabilitazione è a completo carico del SSN, ed è gratuita per i pazienti, rientrando nei Livelli Essenziali di Assistenza. Questo elemento, tuttavia, all'atto pratico, dipende dalla effettiva disponibilità di risorse da parte delle ASL, che talvolta non permette una piena copertura del bisogno.

La parte relativa all'aiuto domestico e familiare è affidata al Comune, nelle modalità di compartecipazione delle spese da questo previste, e di regola legate all'ISEE. Si prevede, infine, una compartecipazione al 50% delle spese relative alla assistenza tutelare.

La normativa prevede, al momento della presa in carico e della redazione del PAI, una valutazione dell'intensità assistenziale, mediante il calcolo di un Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), che può variare da 0 a 1, per un totale di quattro livelli, nella misura in cui aumenta l'intensità assistenziale richiesta dal paziente.

La presa in carico del paziente, mediante la redazione del PAI, si pone l'obiettivo di ridurre il più possibile il ricorso alle cure ospedaliere o in strutture residenziali, sia per ridurre le spese a carico dello Stato, sia per aumentare la qualità di vita del paziente stesso, e mira a rispettare il principio della continuità assistenziale tra le cure ricevute nei diversi ambiti e strutture, ma prevede anche, più nel complesso, che si presti attenzione nell'implementazione delle azioni e delle attività che possano garantire la massima acquisizione di autonomia da parte del soggetto e il mantenimento/rafforzamento della sua rete relazionale, nonché un'attività di supporto alle famiglie (Vetrano, Vaccaro 2017).

L'ADI ha come principio di fondo la presa in carico multidisciplinare e multi-professionale del paziente, con l'obiettivo di gestire in modo integrato la pluralità di bisogni assistenziali che caratterizzano gli anziani, in tutti quei casi in cui vi è una componente sanitaria, fermo restando che "i professionisti che fanno parte dell'*équipe* che presta l'ADI, pur nella necessaria suddivisione di ruoli, competenze e responsabilità, devono far sì che questi si esercitino in un clima di continuo confronto e integrazione per la definizione e la prosecuzione dell'*iter* assistenziale più appropriato e coerente. Il lavoro di *équipe* dell'ADI è infatti pensato come la risposta più efficace alla complessità presentata dal paziente" (ivi) prevedendo il massimo livello di coinvolgimento di familiari e *caregiver*. Il perseguimento di una logica di integrazione e di convivenza armonica delle diverse professionalità coinvolte è garantito dal lavoro di supervisione realizzata, di norma, da un infermiere che fa parte dell'*équipe* di intervento.

L'ADI, in definitiva, ha come oggetto prestazioni di tipo prevalentemente infermieristico-sanitario, in un'ottica di piena integrazione con la dimensione socio-assistenziale, e si concentra in periodi di tempo circoscritti, mentre la presenza di fattori cronici e invalidanti che richiedono cure continuative continua a trovare risposta nella residenzialità. Qui accedono gli anziani posti in condizioni più gravi (Barbabella et al., 2015), ma anche coloro che, posti in particolari condizioni di solitudine e di indigenza, non dispongono delle condizioni minime per progettare una loro autonomia abitativa assistita. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), infatti, "attraverso un *network* di servizi, garantisce continuità assistenziale alla persona che per via di condizioni morbose, in concomitanza o meno di problematiche di natura sociale, ha sviluppato uno stato di non autosufficienza che gli impedisce di usufruire dei servizi sanitari ambulatoriali, ma per i quali, allo stesso tempo, l'utilizzo dei servizi ospedalieri risulta inappropriato" (Vetrano, Vaccaro 2017).

Volgiamo ora l'attenzione all'Assistenza domiciliare SAD, che è invece di tipo prettamente socioassistenziale e che, fino agli anni Duemila sembra continuare il suo lento ma costante percorso di consolidamento e di naturale evoluzione. I Comuni e le Regioni intervengono al fine di potenziare il servizio, facendolo uscire dal tradizionale perimetro della mera assistenza domestica, includendo nuovi *standard* gestionali e di formazione del personale e coinvolgendo professionalità esterne, come le cooperative sociali, a cui sempre più è affidata l'erogazione del servizio. "Il SAD si espande, compiendo nel contempo un salto di qualità e una metamorfosi: quello che era considerato quasi un servizio di pulizie si trasforma in un'unità di offerta che – pur mantenendo l'identica impostazione prestazionale – si rivolge prevalentemente alla cura personale di anziani non autonomi, centrandosi sempre più sulla malattia" (Quintavalla, 2005). Il problema è che "in questo passaggio si perde quasi totalmente la precedente valenza di prevenzione, promozione del benessere e sostegno delle capacità residue": un obiettivo che, al contrario, dovrebbe caratterizzare in maniera costitutiva questo tipo di servizio. Mentre tutti i casi con una significativa componente sanitaria si orientano verso l'ADI, il SAD finisce con il passare degli anni con il limitarsi

a un supporto alla realizzazione di azioni quotidiane, quali alzarsi, lavarsi e vestirsi, curare la casa, effettuare commissioni, per di più con modalità organizzative scarsamente flessibili e adattabili alle esigenze mutevoli dei destinatari.

Come evidenziato da Tidoli, in diversi contributi, il SAD soffre di una impostazione anacronistica, di una organizzazione rigida e autoreferenziale, che non offre un valore aggiunto - per chi se le può permettere - rispetto all'attività delle assistenti familiari. Tutto ciò con costi relativamente elevati - per chi non ha un ISEE medio-alto, e con modalità di accesso al servizio poco chiare e molto burocratizzate.

Gli anni 2000 rappresentano per alcuni aspetti il culmine della parabola di sviluppo dell'assistenza domiciliare in Italia e al contempo l'inizio del suo declino, a partire dalla legge di riforma dei servizi sociali, L. 328/2000, che prevede un Fondo per l'autosufficienza, riservando una parte di risorse per la riforma dei servizi sociali all'art. 15, per supportare la famiglia nell'assistenza domiciliare, seppur l'attuazione dell'articolo non avvenga, a seguito della riforma dell'art. 5 della Costituzione.

Gli ultimi decenni vedono un progressivo consolidamento dell'ADI, e, soprattutto, una parziale convergenza tra le Regioni. Si osserva infatti una diffusione del servizio nelle Regioni del Sud, in cui è tradizionalmente meno sviluppato, seppur non al punto di colmare il divario con le regioni del Nord. Nel frattempo, il SAD vive una fase di assestamento e quindi un lento declino, che spinge a interrogarsi sull'opportunità di ripensarne il ruolo e le modalità di esercizio. In tempo di tagli delle risorse e dei vincoli dettati dal Patto di stabilità, che incidono sulla spesa per gli anziani quanto in altri ambiti (Barbabella et al., 2015); le risorse destinate dai Comuni al SAD sono sempre minori, e ciò rafforza la perdita di identità e di ruolo di questo tipo di servizio, "schiacciato" tra ADI, da una parte - per quanto riguarda le prestazioni di cura e "badanti" dall'altra, per quanto riguarda l'assistenza quotidiana. E in molte realtà è meno preferito anche rispetto alle offerte di assistenza da parte delle cooperative sociali, se si considera che non è infrequente che gli stessi tipi di servizi, erogati con maggiore flessibilità, vengano a costare meno, rispetto all'attivazione in convenzione, con i Comuni.

Tutto ciò mentre l'indennità di accompagnamento rimane il principale strumento di *policy* adottato in materia di assistenza agli anziani, in quanto quello su cui si concentra in assoluto la parte più rilevante della spesa destinata agli anziani e ai cittadini non autosufficienti, a scapito sia dell'assistenza domiciliare, nella sua duplice declinazione, sia dei presidi residenziali e semi-residenziali.

Il diverso *mix*, nella composizione della spesa per la *Long Term Care*, tra assistenza domiciliare, assistenza residenziale e indennità di accompagnamento - quest'ultimo in carico all'INPS, si riflette in una variabile combinazione tra spesa effettuata dal *welfare* territoriale (Regioni e Comuni) e spesa dello Stato. La maggiore incidenza del *welfare* territoriale si ha nelle regioni del Centro e del Nord: in Veneto, in Emilia-Romagna e in Lombardia la quota di spesa a carico del *welfare* locale supera il 50%. In Piemonte, Toscana, Liguria, Marche, si colloca tra il 40% e il 50%, Nelle

restanti Regioni varia tra un terzo del totale della spesa (Abruzzo e Lazio), fino a meno di un quinto in Campania (fonte, NNA 2017).

Proviamo di seguito a tracciare un quadro, a partire dai dati disponibili.

La spesa più rilevante continua a concentrarsi nei trasferimenti monetari diretti (indennità di accompagnamento e assegni di cura), che riguardano all'incirca il 12% degli anziani.

La tabella 4 riporta l'evoluzione dell'indice di copertura dei tre pilastri dell'assistenza agli anziani: si evidenzia un andamento stabile dei servizi residenziali, un aumento dei trasferimenti monetari e, in proporzione, un aumento ancora più significativo dei servizi domiciliari, al cui interno aumenta l'incidenza dell'ADI.

Tabella 4. Copertura degli anziani per tipologia di servizio - serie storica

	Inizio anni 90	Inizio anni 2000	Metà anni 2000
Servizi domiciliari	2	3,8 (1,8 ADI)	4,9 (3,2 ADI)
Servizi residenziali	2,9	3	3
Indennità di accompagnamento	5	5,5	8,9

Fonte: NNA 2015

Tabella 5. L'assistenza agli anziani in Italia: una sintesi

	Indennità di accompagnamento (2015)	Assistenza residenziale (posti letto per 100 anziani over65, 2014)	Copertura SAD (2013)	Copertura ADI (2016)
Piemonte	8,6	4,1	0,8	3,2
Valle d'Aosta	9,2	3,7	5,3	0,4
Liguria	9,5	2,9	1,1	3,4
Lombardia	9,5	2,7	1,3	3,0
Trentino-Alto Adige	5,9	4,4	4,1	3,9 (solo Trento)
Veneto	10	3,2	1,4	4,2
Friuli-Venezia Giulia	9,9	3,2	2,2	2,7

Emilia-Romagna	9,3	3	1,3	4,2
Toscana	9,7	2	0,7	3,6
Umbria	16,1	1,3	0,4	2,3
Marche	12,9	2,2	0,7	2,1
Lazio	13,1	1,3	0,9	0,3
Abruzzo	13	1,3	1,3	3,6
Molise	11,5	2	2,1	5,1
Campania	14,9	0,7	0,8	1,9
Puglia	14,5	1,2	0,7	3,0
Basilicata	12	1,5	1,3	1,1
Calabria	17,1	1	0,9	0,3
Sicilia	13,7	1,4	1,5	3,5
Sardegna	15	1,7	2,7	n.d
Italia	11,5	2,2	1,2	2,8

Come anticipato, l'erogazione è vincolata al riconoscimento di una condizione di non autosufficienza, al di là di ogni valutazione in merito alle disponibilità economiche: ciò rappresenta un elemento di iniquità e non tiene conto del sempre più evidente nesso tra vulnerabilità, povertà e non autosufficienza. A questo limite strutturale se ne possono aggiungere due, altrettanto rilevanti. Il primo riguarda la variabilità dei processi di valutazione e monitoraggio, che spiega le profonde differenze a livello regionale e l'esistenza di casi di abuso. Il secondo è relativo all'assenza non solo di vincoli nella spesa dell'indennità ricevuta, ma anche di adeguate forme di orientamento, che orientino verso i servizi disponibili.

Rispetto alla media europea - e soprattutto rispetto a paesi come a Germania, il ricorso alle strutture residenziali è significativamente inferiore.

Peraltro, i più recenti dati disponibili a livello nazionale (ISTAT 2015) ci informano che il numero degli anziani ospiti delle strutture residenziali è diminuito nel 2009/2013 del 7,4%. All'origine del fenomeno hanno agito una serie di concause, tra le quali gli effetti della crisi economica, la riduzione dell'offerta di posti letto e la scelta di numerose famiglie di curare a domicilio o comunque secondo modalità alternative alle strutture residenziali i congiunti non autosufficienti.

A fronte di 2,5 milioni di anziani non autosufficienti, appena il 2% è preso in carico in strutture residenziali di tipo socio-sanitario o socio-assistenziale. Un dato assai

inferiore alla media europea del 5% e che rivela una sensibile contrazione, rispetto al dato del 3% relativo al 2005. Questa, non di meno, si rileva in tutta Europa, come effetto di strategie che privilegiano soluzioni centrate sul mantenimento dell'assistito presso il proprio domicilio e sullo sviluppo dei servizi di assistenza domiciliare. Ciò che differenzia l'Italia, come abbiamo visto, è che la spinta verso la domiciliarità ha imboccato in prevalenza la via del ricorso alle assistenti familiari informali, più che del ricorso a servizi istituzionali.

In particolare, il tasso di copertura dell'ADI è in aumento, ma continua a coinvolgere un numero di anziani relativamente basso. Secondo ItaliaLongeva, la copertura, con riferimento alla popolazione *over 65*, è del 4,8% (Vetrano, Vaccaro 2017): il dato dovrebbe essere almeno il doppio, per garantire una buona – seppur non completa – copertura del fabbisogno. In numeri assoluti, nel 2016 la platea dei beneficiari dell'assistenza domiciliare ADI corrisponde a 370.000 anziani, ponendo l'Italia in fondo alla classifica europea (Vetrano 2018).

Il dato è mediamente più elevato nelle regioni del Centro-Nord, più basso in quelle del Sud, con spiccate differenze in merito all'intensità del servizio, ovvero al numero di ore per persona assistita. Quest'ultimo dato tende a diminuire: l'aumento del numero degli assistiti, in un perdurante contesto di contrazione delle risorse, avviene in ragione di una diminuzione delle ore medie erogate.

Tabella 6. Copertura e intensità del SAD nelle Regioni italiane: 2007-2013

	2007		2013	
	Utenti (%)	Intensità (Spesa per utente)	Utenti (%)	Intensità (Spesa per utente)
Piemonte	1,4	1.135	0,8	1.467
Valle d'Aosta	4,4	4.136	5,3	4.697
Liguria	1,3	1.877	1,1	1.880
Lombardia	1,9	1.624	1,3	1.888
Trentino-Alto Adige	3,9	3.779	4,1	3.471
Veneto	1,7	1.852	1,4	1.438
Friuli-Venezia Giulia	2,7	2.026	2,2	2.135
Emilia-Romagna	1,6	2.296	1,3	1.631
Toscana	1,4	1.717	0,7	2.738

Umbria	0,6	1.500	0,4	1.477
Marche	0,9	2.070	0,7	2.631
Lazio	1,3	2.318	0,9	3.222
Abruzzo	2,4	1.357	1,3	1.730
Molise	3,2	818	2,1	1.068
Campania	2,2	1.169	0,8	2.046
Puglia	0,9	1.557	0,7	2.323
Basilicata	1,5	1.575	1,3	2.326
Calabria	1,4	815	0,9	966
Sicilia	2,5	1.557	1,5	1.804
Sardegna	1,5	2.928	2,7	3.165
Italia	1,7	1.761	1,2	2.123

Il SAD, nel 2013, coinvolge 1.2% della popolazione anziana, rispetto al 1,6% del 2005 e al 1,8% del 2003, anno in cui il servizio ha raggiunto il massimo livello di espansione. Il dato si compone di numeri particolarmente bassi del Sud e numeri in linea con la media nazionale o poco al di sopra nella maggioranza delle Regioni del Centro e del Nord, mentre ad innalzare la media sono soprattutto poche Regioni del Nord, come Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, a cui si aggiunge la Sardegna). La spesa per utente è mediamente bassa, pari a 2.090 Euro nel 2012, ma in questo caso superiore nelle regioni del Sud (dai 2.000 ai 3.200 Euro) rispetto alle regioni del Nord (sotto i 2.000 Euro).

La tendenza comune indica una diminuzione della popolazione interessata dal servizio, e al contempo una intensificazione del servizio per gli utenti coinvolti: sono prese in carico meno persone ma con una spesa, e quindi un numero di ore, più alta.

Contrazioni particolarmente importanti dei soggetti presi in carico si osservano in Campania (-1,4), Abruzzo e Molise (-1,1), Sicilia (-1) ma anche in Toscana (-0,7) e in Lombardia (-0,6).

Il report curato da Italia Longeva evidenzia come la contrazione del servizio, sul piano quantitativo, spiegabile con la diminuzione delle risorse a disposizione dei Comuni per farvi fronte, si accompagni a una sorta di perdita di identità, che contribuisce a renderlo un servizio residuale, a cui ricorrono soprattutto anziani posti in condizioni di fragilità e di assenza di risorse, sul piano economico, sociale e relazionale, che non possono contare su un supporto familiare adeguato e non sono in grado di accogliere in casa un'assistente familiare. Ciò, quando la presenza di

problematiche che inficiano la capacità di assolvere a funzioni basilari, come provvedere alla propria pulizia e alla pulizia della casa, a fare la spesa, ecc., al di fuori di una necessità di tipo sanitario, almeno in forma continuativa. I destinatari sono, insomma, anziani, e soprattutto grandi anziani, "compromessi sul piano psicofisico e comportamentale, spesso indirizzati al servizio comunale dalle strutture sanitarie". Per questi, data la loro condizione di fragilità e solitudine, gli interventi garantiti dall'assistenza domiciliare, di tipo standardizzato e necessariamente limitato, anche sul piano delle ore, rischia di rappresentare una "goccia nel mare", non contribuendo in modo risolutivo ad affrontare le problematiche connesse alla condizione esperita dai destinatari.

A ben vedere, un servizio come il SAD in sé, se non integrato con altre forme di supporto e di intervento, non riesce a garantire ad anziani, altrimenti non autosufficienti, le condizioni per rimanere nella propria abitazione in condizione di protezione e di sicurezza rispetto a soluzioni alternative come la residenzialità e l'accoglimento di un assistente familiare.

Il rischio, una volta che questo tipo di servizio diventa residuale, e nell'immaginario comune riservato a chi non è in grado di usufruire di altre forme di supporto, è che si apra una spirale viziosa di dequalificazione e di diminuzione dell'interesse da parte degli utenti (Quintavalla 2012; Gori e Pelliccia 2013), finendo per rendere sempre più istituzionalizzato il ricorso alle assistenti familiari, come vera e propria via italiana alla assistenza. Ciò, a maggior ragione, dal momento che si sperimentano percorsi finalizzati a formare, o certificare le competenze acquisite, di queste, rendendole una figura professionale riconosciuta, anche tramite percorsi che attivano gli stessi operatori del SAD in attività formative destinate ai *caregiver* informali.

In conclusione, "l'assistenza domiciliare pubblica oggi viene percepita da fasce di potenziali interessati come non competitiva con altre forme di cura e poco attrattiva. Il SAD comunale viene sempre più visto come un servizio per gli anziani poveri e soli; per evitare che diventi del tutto residuale occorre ricercarne un nuovo sviluppo (Pesaresi, 2010), imboccando direzioni differenti e provando anche ad attrarre nuovi tipi di utenza". Attenti percorsi di innovazione possono attribuire nuova centralità al servizio, trasformando il suo carattere di genericità da limite a risorsa.

Ciò anche perché nel frattempo l'altro pilastro dell'assistenza domiciliare, l'ADI, adotta un approccio principalmente prestazionale, che si associa per lo più a periodi di tempo circoscritti.

Per completare il quadro dello stato dell'arte della LTC nelle diverse Regioni italiane, e fermo restando che il vero tratto distintivo e minimo comune denominatore dei modelli esistenti in Italia è la forte incidenza dei *caregiver* informali, è utile riportare la tipologia di modelli regionali elaborata dal *Network Non Autosufficienza* (2017), che individua una pluralità di modelli regionali.

Il primo è quello delle regioni a statuto speciale del Nord (Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige), fondato su una combinazione equilibrata di servizi residenziali e di assistenza sociale domiciliare, con un investimento in SAD assai superiore alla media

nazionale, a fronte di una incidenza di ADI e di indennità di accompagnamento inferiore alla media nazionale.

Il secondo, caratterizzante Emilia-Romagna e Toscana, vede, al contrario, un'incidenza più alta dell'ADI - peraltro in Toscana con un veloce recupero, a partire da una situazione che, negli anni Novanta, vedevano la Regione in coda rispetto alle regioni del Centro-Nord - con un dato superiore al 10%, mentre SAD e indennità di accompagnamento incidono meno che nella media nazionale.

Il terzo modello - caratterizzante il Nord-Est, è quello dell'assistenza mista, in cui è superiore alla media nazionale l'incidenza dei servizi, in particolare residenziale e di ADI (mentre il SAD è più diffuso nel solo Friuli-Venezia Giulia);

Il quarto modello, definito di *cash-for-care*, caratterizzante Umbria, Campania, Puglia e Calabria, si caratterizza per un tasso particolarmente elevato di incidenza dell'indennità di accompagnamento, i servizi residenziali ed entrambi i servizi domiciliari sono diffusi in modo sensibilmente inferiore alla media nazionale.

Il quinto modello, del *cash-for-care* misto, diffuso nelle rimanenti Regioni del Centro e del Sud (Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna) rappresenta una variante del precedente, in cui l'indennità di accompagnamento rimane il principale strumento di assistenza, ma in una combinazione variabile con altri tipi di servizi: l'ADI in Abruzzo e Basilicata, il SAD nelle restanti Regioni.

Infine, il sesto modello rilevato, che caratterizza Piemonte, Lombardia e Liguria, vede una prevalenza del ricorso all'assistenza residenziale, rispetto ad ADI e SAD.

L'individuazione di ben sei modelli conferma in modo evidente la sostanziale assenza di un modello italiano di assistenza agli anziani, e l'esistenza di una pluralità di modelli organizzativi su base regionale.

5. Come uscire dalla residualità? I percorsi di innovazione dell'assistenza domiciliare

Nei *report* curati dal Network Non Autosufficienza si pone in rilievo l'urgente necessità di ripensare in maniera strutturale i servizi e le azioni progettate per garantire il benessere della popolazione anziana, a partire da una "revisione culturale non episodica di tutti gli aspetti legati alla non autosufficienza degli anziani" (NNA 2017, 6), fondata su un uno sforzo interpretativo, volto ad analizzare i bisogni, a rilevare quanto questi trovino oggi risposta e a tracciare possibili scenari di innovazione.

Giova ricordare che - a fronte di una sfida comune a tutte le società avanzate - molti paesi europei hanno realizzato riforme, anche radicali, dell'assistenza agli anziani, e la stessa Unione Europea si è attivata nel fornire raccomandazioni e linee di indirizzo in materia di *Active Ageing* e LTC. Ciò, a partire dal presupposto che le LTC si profilano oggi come uno degli ambiti cruciali su cui le società europee sono chiamate a sperimentare l'innovazione dei propri sistemi di *welfare*, purché questa trovi declinazione - prima di tutto - in termini di prospettiva culturale, e non solo di trasformazione degli assetti organizzativi. Come ben richiamano Ranci e Pavolini, "I

sistemi di welfare contemporanei non hanno storicamente riconosciuto pienamente il bisogno di assistenza come rischio sociale, e l'assistenza come attività sociale che deve essere sostenuta e promossa. Per molti decenni, l'assistenza è stata considerata principalmente come un obbligo privato o come un'attività individuale (o della comunità), che deve essere sostituita dall'intervento pubblico solo in circostanze molto limitate (mancanza di legami familiari, solitudine, povertà, grado di disabilità molto elevato). I cambiamenti istituzionali nelle politiche della LTC negli ultimi due decenni hanno portato a un più chiaro e ampio riconoscimento dell'assistenza come bisogno fondamentale dei cittadini e come diritto sociale in molti paesi. (Pavolini e Ranci 2013, p. 4). Tale passaggio - che, come vedremo, è oggi a sua volta in parte superato, alla ricerca di una più equilibrata e armonica integrazione tra ruolo del pubblico e ruolo attivo svolto da famiglie, Terzo Settore e privato sociale - in Italia si è solo in parte compiuto. Tale ritardo trova riflesso nell'assenza di una riforma del sistema di assistenza domiciliare paragonabile a quelle che sono state negli ultimi decenni implementate in molti paesi europei. Le statistiche Eurostat ci dicono che la spesa in LTC, in Italia (i dati sono del 2014), corrisponde a un decimo della spesa complessiva nella sanità: tale proporzione, nei paesi del Centro e del Nord-Europa, oscilla tra un sesto e un quarto della spesa complessiva. L'Italia, non di meno, si colloca a metà classifica, superando i paesi dell'Est e del Sud Europa (Vetrano 2018)

Nei paesi in cui la riforma dei modelli di *welfare* è più avanzata, alla fase di pieno consolidamento del ruolo dello Stato è seguita una fase di "deistituzionalizzazione", in cui cioè il ruolo dello stesso, pur rimanendo centrale, trova ri-declinazione, all'interno di un approccio più plurale e che vede il protagonismo di più attori. In Italia si è passati direttamente da una fase di debole e parziale istituzionalizzazione alla nuova fase di *welfare* plurale, in cui il pubblico condivide con privato sociale e Terzo Settore la progettazione e la gestione dei servizi. Ciò significa che se in altri paesi si è posto il problema di "alleggerire" il peso gravante sul pubblico, in Italia l'introduzione di nuovi attori e la sperimentazione di nuove modalità organizzative, almeno idealmente, dovrebbe orientarsi ad alleggerire il peso che ancora oggi grava in larga misura sulle famiglie, e in particolare sulle donne (Saraceno 2008).

Nel caso italiano risulta quindi inappropriato parlare di "deistituzionalizzazione" come mera riduzione del peso del pubblico, poiché il peso dei servizi di assistenza istituzionali - al netto dei trasferimenti monetari - è assai ridotto, (si stima che il tasso di istituzionalizzazione degli anziani sia all'incirca la metà della media europea, cfr. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*, 2015).

Se per deistituzionalizzazione si intende "lo sviluppo di servizi '*community based*', capaci di porre al centro la qualità della vita - sul piano sociale e relazionale, oltre che prettamente sanitario - dei destinatari delle cure, oltre che la sostenibilità dei servizi stessi" (Ilinca et al. 2015), il raggiungimento di un *mix* bilanciato di attivazione dei diversi attori parte da un ripensamento, e non da un ridimensionamento, del ruolo del pubblico.

Austria e Germania, negli anni Novanta, e nel decennio successivo Francia, Portogallo, Spagna (Atti 2015) hanno realizzato una riorganizzazione complessiva dell'offerta assistenziale, sia in materia di criteri di finanziamento e di allocazione delle risorse, sia in materia di modalità organizzative, per rispondere ai bisogni crescenti di servizi sanitari e sociosanitari. La Francia, nel 2016, ha dedicato una legge alla "*Adaptation de la société au vieillissement*", prevedendo, tra le altre misure, una valorizzazione dei familiari che si prendono cura degli anziani ("*proches aidants*"), destinando 700 milioni di euro l'anno per sostenere l'indipendenza delle persone anziane.

A livello comunitario, uno stimolo alla riflessione teorica e allo scambio di buone pratiche proviene dall'*Action Group on Integrated Care*, un coordinamento che raccoglie 120 *stakeholder* di diversa natura, attivi nella promozione di azioni innovative finalizzate al miglioramento delle condizioni di salute e della qualità della vita degli anziani, che persegue come obiettivi prioritari la riduzione delle ospedalizzazioni non necessarie, l'integrazione dei servizi, la multidisciplinarietà, l'adozione di strategie fondate sui bisogni dei pazienti, il radicamento dei servizi in reti di comunità e nei contesti familiari.

Relativamente al ripensamento delle modalità di cura, le esperienze più innovative hanno individuato forme d'intervento in grado di orientare il sistema del *Long-Term Care* verso maggiori *standard* di efficacia, garantendo al contempo la sostenibilità finanziaria delle prestazioni. Tra le molteplici strade percorribili si è affermato il sistema integrato, nell'ambito del quale le strutture residenziali di assistenza, i centri diurni e gli altri servizi semi-residenziali svolgono una funzione di raccordo tra le cure ospedaliere e i servizi presenti sul territorio con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e di assicurare supporto e sollievo alle famiglie impegnate nella cura a domicilio delle persone non autosufficienti.

L'orientamento comune è quello di potenziare i servizi sul territorio e, per quanto possibile, l'assistenza domiciliare integrata, di sperimentare nuove forme residenziali, e di rendere sempre più integrate cure formali e informali. La "deistituzionalizzazione dei servizi", in questo senso, implica una riduzione della centralità dei servizi forniti dagli attori pubblici - e tra questi, in particolare, dei servizi di tipo ospedaliero e residenziale - a favore di un'integrazione virtuosa tra i servizi erogati da attori pubblici, privati e del Terzo Settore, oltre che dalle famiglie e dalle reti di vicinato, in direzione di quelli che sono stati definiti "*community based services*" (*European Centre for Social Welfare Policy and Research*, 2015).

Il principio della deistituzionalizzazione si affianca al principio della libertà di scelta di pazienti e famiglie, mentre la prospettiva di fondo è quella di contribuire al miglioramento della qualità di vita degli anziani, che non dipende solo dal loro stato di salute, ma dalla qualità delle relazioni e della vita sociale quotidiana, perseguendo un *mix* equilibrato, coordinato e integrato di cure formali e informali.

Facendo riferimento alla celebre tipologia dei regimi europei di *welfare* - che è stata in precedenza descritta - la crisi economica ha per alcuni aspetti ulteriormente

enfaticamente i caratteri del modello residuale e familista di *welfare*, in cui cioè la responsabilità relative all'assistenza, alla protezione e alla cura è affidata in larga parte alla famiglia, ben più che allo Stato, come avviene nel modello continentale e, soprattutto, in quello nordico.

Le famiglie svolgono una funzione suppletiva di ammortizzatore sociale, di redistribuzione, e, ai fini della nostra riflessione di assistenza e di cura, sia per i giovani, sia per gli anziani. Ad un modello familista di *welfare* corrisponde quindi un modello familista di LTC che, come abbiamo evidenziato, ha trovato una sua evoluzione naturale nella parziale sostituzione delle mogli e delle figlie con le "badanti". Mentre l'informalità, tradizionalmente caratterizzante il regime familista di *welfare* - e quindi il regime familista di cura - si è riprodotta con l'espansione del ricorso alle assistenti familiari.

Il regime familista di cura, d'accordo con Ilinca et al. (2015), è caratterizzato da un'alta richiesta di cura, che trova risposta in un'alta fornitura di cure informali, a fronte di una debole offerta di cure formali. Un modello del tutto opposto a quello nordico-universalista, in cui vi è, per di più, una domanda di cura più ridotta, e che vede nel modello dello "*Standard Care Mix*" - caratterizzante Austria, Germania, Francia, Regno Unito, una via di mezzo, che combina un ricorso medio-basso alle cure informali e un ricorso medio alle cure formali, a fronte di una domanda di cura alta.

A ben vedere, se diverso è il punto di partenza, tra i diversi paesi europei, ciò che non cambia è l'obiettivo finale, che è quello di una integrazione virtuosa tra le diverse dimensioni e i diversi attori dell'assistenza, all'interno di un modello di "*community-based care regime*", ma il punto di partenza: non tanto la riduzione dell'incidenza dei servizi pubblici, quanto il loro ripensamento qualitativo.

Sempre d'accordo con Iliaca et al. (2015), tra i principi ispiratori di tale modello vi sono la centralità dei diritti degli assistiti e il loro coinvolgimento attivo nei processi decisionali; la creazione di canali di avvicinamento e di incontro tra i diversi attori coinvolti; l'investimento nella promozione del capitale umano; l'uso efficiente delle risorse; il controllo della qualità; l'adozione di un approccio olistico; il continuo sforzo di promozione della consapevolezza.

Le riflessioni teoriche più avanzate e le sperimentazioni condotte a livello europeo - ma vi sono buone pratiche in materia anche in Italia - permettono di individuare alcuni orientamenti e alcune parole chiave che possono orientare proficuamente questo sforzo riflessivo. Le parole chiave sono integrazione, trasversalità, relazionalità. Affermarle significa ripensare modalità organizzative e profili di competenze, modalità di interazione tra gli attori coinvolti, rapporto con il territorio. Uno sforzo che spesso può comportare un radicale cambiamento di prospettiva ma che allo stesso tempo, a ben vedere, implica più aprirsi al confronto e alla ricezione di quanto è stato realizzato in altri contesti, o mettere a sistema una pluralità di idee, progetti, attività, risorse, già esistenti, ma che non si parlano a sufficienza, che "inventare" soluzioni completamente nuove. L'innovazione da perseguire nei servizi agli anziani e nel *Long-Term Care*, come ben si sintetizza nell'ultimo rapporto sulla non autosufficienza, è di processo - si

riferisce cioè all'individuazione di modalità operative nuove - più che di prodotto (NNA 2017, 18).

Tutto ciò, a ben vedere, è coerente con la prospettiva dell'innovazione sociale, concetto che indica la capacità di rispondere ai bisogni sociali emergenti e alle sfide poste dal mutamento sociale ed economico, generando cambiamenti di concetto, di processo, di prodotto, e, soprattutto, di organizzazione, a partire da processi riflessivi, condivisi, fondati sulla capacità di porre in combinazione in modo originale risorse e competenze preesistenti, dalla capacità di generare nuove relazioni con gli *stakeholder*, i destinatari dei servizi e dei prodotti ed i territori. L'innovazione trova un terreno particolarmente fertile di sviluppo nel Terzo Settore, per sua vocazione radicato nel territorio, fondato sul coinvolgimento dei destinatari e sull'elaborazione di risposte "dal basso", a partire dai bisogni emergenti, aperto al confronto, alla cooperazione e alla condivisione e viepiù ispirato a una prospettiva di "reciprocità". E in contesti organizzativi originali, come l'impresa sociale, che trovano nel loro DNA l'obiettivo di conciliare virtuosamente professionalità e solidarietà, efficienza e relazionalità. L'impresa sociale realizza un'ibridazione tra linguaggi e forme di azione che trasforma tanto l'azione economica tanto l'azione solidale. Non in direzione di un "assorbimento" o di una "sottomissione" di una all'altra, ma della reciproca contaminazione tra agire razionale rispetto allo scopo, tradizionalmente associato all'azione economica, e agire razionale rispetto al valore, tradizionalmente appannaggio dell'agire solidale. Ma senza indulgere a una retorica che postula l'impossibilità di praticare l'innovazione nell'ambito della pubblica amministrazione, è stato efficacemente argomentato che la stessa può essere luogo di innovazione sociale (Mazzuccato 2013), soprattutto se questa dismette i panni del mero regolatore - o affidatario di servizi - e si impegna nel dare impulso a processi aperti di confronto e di progettazione e di gestione condivisa dei servizi.

Ciò è sempre più necessario dal momento che la crescente frammentazione dei bisogni e l'aumento dell'incidenza di forme di vulnerabilità che insistono su più dimensioni, tra loro inestricabilmente intrecciate, rende sempre più rilevante il ruolo dei soggetti capaci di assolvere una funzione di "antenna territoriale", capace di individuare i bisogni, prima che questi si manifestino - anche perché spesso mancano le risorse per dare voce ai bisogni -, e di indirizzare il soggetto che li esprime verso gli attori, pubblico o del Terzo Settore, in grado di fornire una risposta. O più spesso verso una pluralità di attori, che insieme possono garantire la trasversalità e la multidimensionalità oggi richiesta.

All'interno di questo quadro, l'assistenza domiciliare SAD sembra costituire uno dei tasselli più urgenti su cui intervenire, per una serie di fattori. Sicuramente perché vive una fase di involuzione, di sotto-dimensionamento e di residualizzazione, che è opportuno invertire. In secondo luogo, perché, a ben vedere, proprio l'assistenza domiciliare, come vedremo, per via della sua "genericità", può essere trasformata in uno dei punti di accesso privilegiati alle problematiche degli anziani, svolgendo un ruolo di filtro e di interconnessione con servizi di natura più specialistica e ponendo al

centro una presa in carico a 360 gradi delle persone a cui si rivolge, forte della sua spiccata componente relazionale.

Ad oggi, abbiamo detto, l'assistenza domiciliare SAD sembra scontare, oltre agli scarsi investimenti nel suo potenziamento e nella sua promozione, rispetto a strumenti alternativi o comparabili, il suo carattere residuale e generico, al punto di non avere una fisionomia chiara e riconosciuta. A ben vedere proprio il suo carattere di genericità e di residualità possono diventare il suo carattere fondante, diventando, da limiti, opportunità.

Sappiamo che la società contemporanea è solcata da linee di mutamento che concorrono a generare complessità, ambivalenza, fluidità. Non solo le forme di vulnerabilità aumentano, ma si individualizzano e si scompongono in una pluralità di dimensioni che si ricompongono variamente nei singoli casi. Risulta sempre più difficile distinguere, se non su un piano artificiale ed astratto, una condizione di vulnerabilità economica da una condizione di vulnerabilità sociale, sanitaria, culturale, cognitiva e affettiva, e infine psicologica. Per questo sempre di più si aggettiva il macro concetto di povertà: non più solo povertà economica, ma educativa, relazionale, sanitaria. Ciò significa che, di riflesso, anche le risposte e le forme di intervento non possono non essere multidimensionali ed abbracciare la pluralità di dimensioni che si sovrappongono e si rafforzano.

Non è una sfida facile conciliare l'adozione di uno sguardo olistico, capace cioè di prendere in carico le problematiche di una persona - più spesso di un'intera famiglia - con la necessaria specificità e professionalizzazione degli interventi.

La capacità di intervenire in modo trasversale e multidimensionale non deve necessariamente caratterizzare il singolo intervento o il singolo professionista che interviene nella gestione/cura della fragilità: è piuttosto una necessaria caratteristica "di sistema", che caratterizza cioè un approccio complessivo che vede i diversi interventi specifici interfacciarsi, ordinarsi e completarsi, piuttosto che procedere l'uno in modo isolato dall'altro. È, questo ultimo, un approccio tipico di modalità di intervento di tipo burocratico (e, specularmente, di quelle che adottano un orientamento prettamente mercantilista alla prestazione d'opera), che trovano assolvimento nell'esecuzione di una prestazione, al di là di una valutazione e di una presa in carico complessiva del quadro di bisogni e di fragilità esistenti. D'altra parte, è necessario essere consapevoli che la strada dell'assistenza domiciliare, quale tassello centrale della LTC, comporta inevitabilmente sfide, poiché implica una ineliminabile complessità, intrinseca alla dimensione olistica dell'approccio che la caratterizza. Come si legge nel report "*Home Care Across Europe*", "il settore dell'assistenza domiciliare è complesso anche a causa della sua interdipendenza con altri settori che giocano un ruolo nel permettere alle persone di rimanere a casa - per esempio, il settore ospedaliero, l'assistenza sanitaria di base, l'edilizia abitativa e il settore dell'assistenza sociale. Il coordinamento è essenziale, non solo tra i fornitori di assistenza professionale, ma anche tra i professionisti ed i *caregiver* informali." (Genet et al. 2012).

Per contro, la percezione di una forte frammentazione, come è stato rilevato da alcune ricerche comparative (i.e. Nies, Berman 2004), accomuna, con gradi diversi, tutti i paesi europei, generando uno scollamento tra "*acute care*" e "*long-term care*", "*social care*", "*housing*" e altre forme di *welfare*, relative alla povertà e alla vulnerabilità (Genet et al. 2012).

È alla luce di questa esigenza, sempre più avvertita, di uno sguardo trasversale, olistico, multidimensionale, capace di cucire e integrare le diverse dimensioni di fragilità - e che pone inevitabilmente al centro la dimensione della relazionalità - che può essere ripensata l'assistenza domiciliare, quale fulcro di un approccio flessibile e articolato, posto in dialogo e in connessione con le eventuali forme di intervento di natura più specialistica a cui spesso tende ad accompagnarsi. In una parola, la genericità diventa trasversalità, l'assenza di competenze specifiche si tramuta in competenze di relazione e di presa in carico complessiva della persona e dei suoi bisogni plurali.

Si deve anche considerare che, come è stato evidenziato in precedenti ricerche (Raffini et al. 2014), sovente è la stessa persona posta in condizione di fragilità a non sapere bene leggere e comunicare i suoi bisogni, distinguendo le diverse dimensioni e rivolgendosi per ognuna di esse al servizio/operatore più adatto. Tale capacità deve caratterizzare i soggetti chiamati a intervenire, che a partire da un bisogno specifico sappiano cogliere e interpretare i bisogni e le fragilità connesse.

6. Alla ricerca di buone pratiche

La rassegna delle buone pratiche realizzate in Italia e a livello internazionale evidenzia l'importanza di punti di accesso all'assistenza nel territorio, a cui i cittadini possono rivolgersi al di fuori di pratiche burocratiche e di "fredde" valutazioni di tipo tecnicistico. Punti di accesso, in forma di sportelli, gestiti in collaborazione tra le istituzioni e le organizzazioni del Terzo Settore, che fungano da "antenna territoriale": "lo sportello sul territorio può essere concepito come il luogo in cui si apre uno spazio in cui i cittadini possano esprimere le proprie problematiche ed essere indirizzati verso il soggetto maggiormente in grado di offrire risposte, o da più soggetti, se, come spesso succede, la situazione di disagio contempla una pluralità di dimensioni" (Raffini et al. 2014, 108). Lo sportello può essere dunque concepito come un punto di accesso ai servizi sociali, di attivazione delle reti territoriali di solidarietà, che sin dall'inizio favorisca l'elaborazione di un intervento integrato. Qui l'anziano non autosufficiente, o la sua famiglia, può esprimere le sue problematiche e i suoi bisogni, per essere indirizzato verso il servizio e l'interlocutore che possano soddisfarlo.

Sempre nell'ottica di una sburocratizzazione del servizio e di una attività di facilitazione nell'emersione dei bisogni e nell'attivazione delle risposte, dalla presa in carico all'accompagnamento nel corso del processo avviato, appare di straordinaria importanza l'attività di figure capaci di fungere da punti di riferimento, come i "*case manager*", che non facciano sentire gli anziani e le loro famiglie soli, nell'orientarsi tra

la pluralità di opzioni attivabile (Bernabei et al., 1998; NNA 2017). Il *case-manager* può assumere compiti che vanno oltre la funzione di coordinamento dell'*équipe* di intervento, fino a diventare una vera e propria figura di riferimento per gli anziani e le famiglie, sovrintendendo alle cure sanitarie e a una pluralità di forme di assistenza sociale, ma anche agli interventi necessari per rendere l'alloggio idoneo alla progettazione di una vita indipendente e assistita. Si tratta di un'interpretazione "ampia" della figura che si sta diffondendo in alcune ASL.

In molte realtà gli assistenti domiciliari sono riconfigurati nella più complessa figura del *caregiver*, vera e propria persona di riferimento nella presa in carico della persona, che, nella sua quotidianità, "si impegna a dar voce ai bisogni materiali e psicologici, mettendo in campo disponibilità, ascolto e attenzione per favorire l'autonomia il più a lungo possibile" o del custode sociale, attivo che opera una attività di controllo e di "prevenzione sociale e sanitaria; ascolta le richieste e le problematiche e si attiva per la risoluzione; offre servizi (aiuti domestici, accompagnamento commissioni, acquisto generi..); intrattiene rapporti con la comunità; facilita accesso e utilizzo corretto dei servizi pubblici/privati sul territorio", oltre ad offrire supporto nella cura della persona, nella gestione dell'abitazione e nel disbrigo di commissioni e pratiche (Scuola di impresa sociale, 2014).

Il ripensamento complessivo dell'abitare, alla luce dell'ampliamento della fase di vita caratterizzata da non autosufficienza, è un capitolo importante, che si pone a fondamento e sostiene l'eventuale attivazione di servizi di domiciliarità. Il ripensamento dell'abitare ha al contempo una dimensione tecnologica e una dimensione sociale.

Sul primo versante, si sottolineano le opportunità rese oggi possibili dalla domotica e dalla robotica e ancor prima la possibilità di ripensare la stessa struttura di condomini e appartamenti, in una direzione che favorisca il superamento della tradizionale distinzione tra spazi privati (in cui si concentra la maggior parte del tempo di vita degli anziani oggi) e spazi pubblici (per lo più ridotti a luoghi di transito), a favore della creazione di spazi comuni e condivisi. Sotto questo aspetto, la dimensione urbanistica e architettonica - ma non è una novità - si sfuma nella strutturazione della vita sociale. Una residenzialità ripensata può prevedere spazi di socialità condivisa, e figure nuove come l'operatore di quartiere, o il portierato di quartiere. O ancora, servizi di assistenza agli anziani, con figure come l'assistente familiare di condominio, o di quartiere, così come possono essere pensati, specularmente, servizi di baby-sitteraggio condiviso o *baby care* di condominio. Si diffondono, in tutta Europa, alloggi assistiti e con servizi, nuclei di convivenza, centri multiservizi integrati che erogano una pluralità di servizi, dalla teleassistenza, all'aiuto a domicilio, e cui si aggiungono servizi come il *catering* o la lavanderia (Atti 2015).

Ciò che appare certo è che il ripensamento dell'abitare, sul piano organizzativo e infrastrutturale, ma anche e soprattutto sul piano sociale, relazionale e comunitario, si pone alla base di un nuovo approccio orientato al principio dell'"*ageing in place*" (OECD 2005), capace non solo di assicurare maggiore efficacia ma, soprattutto, di rispondere ai *desiderata* degli anziani, che indicano come priorità quella di poter vivere

il più a lungo possibile una vita autonoma e radicata nel tessuto relazionale e di vicinato di riferimento.

Le sperimentazioni in questa direzione possono essere effettuate all'interno dei modelli di *co-housing*, in cui soggetti di diverse generazioni e con diverse esigenze e problematiche possono aiutarsi reciprocamente (si pensi al giovane studente fuori sede e all'anziano solo), rendendo complementari le reciproche fragilità e trasformandole in risorsa. O dando forma a un modello di "residenzialità leggera", ovvero realizzando "strutture abitative "intermedie", destinate ad anziani che richiedono qualche forma di sostegno ma non si trovano in condizioni di grave compromissione socio-sanitaria e necessità di assistenza continua, motivi che abitualmente determinano il ricovero nelle strutture residenziali "tradizionali" (NNA 2017, 20) e che, grazie a un ripensamento dell'abitare, possono continuare a vivere in una condizione di autonomia assistita (Giunco 2014).

Progetti orientati al ripensamento delle strutture abitative per creare ambienti favorevoli e capaci di sostenere l'indipendenza abitativa degli anziani non autosufficienti sono stati sperimentati in diversi paesi europei e, in Italia, in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Qui sono state creati alloggi autonomi di dimensioni ridotte, senza barriere architettoniche, forniti di strumenti di domotica e di teleassistenza. Le soluzioni ispirate alla *Independent Living Facilities* prevedono l'inserimento dell'alloggio autonomo, così ripensato, in contesti che rendano possibile l'integrazione dell'indipendenza abitativa - che non deve significare abbandono - o interventi assistenziali sporadici, con servizi sociali e comunitari di quartiere finalizzati alla realizzazione delle attività quotidiane e alla socializzazione: "Le persone possono condividere spazi e servizi comuni, ma sono autonome nella gestione delle proprie esigenze quotidiane" (Atti 2015).

Ancora, vi sono esempi di coabitazione tra anziani e studenti (In Italia in città universitarie come Trento e Padova), forme contrattualizzate di aiuto alla pari, case albergo, le "abitazioni-canguro", di mini-appartamenti con alloggi comunicanti per un anziano residente e una famiglia o una *caregiver* contrattualizzata. Anche in Italia sono state sperimentate soluzioni di questo tipo (ad esempio nelle città dotate di strutture universitarie radicate nei centri storici come Trento, Padova, ecc.).

Un tema di particolare importanza è quello relativo al "riconoscimento del valore delle nuove competenze agite nel secondo *welfare*, quelle del familiare curante, del volontario, delle figure di prossimità, della badante", tema che, in Italia, si è posto al centro della sperimentazione "Casa Comune" (Catania 2015), finalizzata a riconoscere e attribuire un valore, anche formale, a figure che, ad oggi a livello scarsamente formalizzato e riconosciuto, contribuiscono in modo determinante alle attività di assistenza. Queste possono diventare vere e proprie figure "perno" dell'assistenza domiciliare, capaci di fungere da elemento di raccordo tra assistiti, famiglie e operatori socio-sanitari, all'interno di una logica orientata al pieno superamento delle prestazioni standardizzate, verso interventi pluridimensionali e personalizzati, realizzati da reti coordinate di attori. Nel complesso, in sperimentazioni come "Casa Comune" si

persegue la costruzione di un “sistema curante”, ovvero una "combinazione fra soggetti (attori) e pratiche di cura, dalla quale si generano processi auto sostenuti, i quali a loro volta riproducono continuamente la possibilità di curare il soggetto compreso all'interno del sistema a domicilio".

Sono stati sperimentati in tal senso corsi finalizzati alla definizione del profilo dell'assistente familiare, e costruiti elenchi di assistenti familiari qualificati.

Come può essere ridefinito il SAD all'interno di un nuovo paradigma di sistema curante, al cui interno assumono sempre più rilevanza gli attori e le pratiche del "secondo *welfare*"?

Può, sempre più, porsi al centro del sistema assumendo una funzione di mediazione e di facilitazione, di attivazione, di connessione, di sviluppo di reti di prossimità, di antenna sociale, di formatore e di vaporizzatore di competenze. Può, in altre parole, porsi al centro di quello che Pasquinelli (2016) ha definito domiciliarità 2.0 per descrivere "una rete che si adatta a bisogni diversi, che richiedono forte specializzazione ma anche aiuti semplici e a bassa complessità. Che offre cose diverse: informazioni, consigli, sostegni "leggeri", servizi strutturati. È una rete che guarda al *caregiver*, non solo al portatore principale di bisogno, e alle rispettive esigenze. È una rete che valorizza tutte le risorse intermedie comprese tra la propria casa e il ricovero in struttura: una rete il cui sottosviluppo alimenta il fenomeno dei ricoveri impropri e quello delle cure domiciliari poco efficaci" e che, alimentando e valorizzando le pratiche di innovazione e lo sviluppo di nuove competenze, possa riconoscere figure professionali emergenti, quali l'infermiere di comunità, la *baby sitter* condivisa, la badante di condominio.

A Varese si è sperimentata l'"infermiera di famiglia", una figura professionale di *care management*, formata con le competenze necessarie per supervisionare e pianificare le strategie di supporto e di assistenza ai familiari, e incaricata anche di fornire formazione e assistenza ai *caregiver* informali (familiari e non) (Ilinca 2015).

1.7. Conclusioni

Alla radice del ripensamento dei modelli organizzativi e dei profili di competenze coinvolti nell'assistenza domiciliare vi è la necessità di rispondere a una serie di sfide che rendono questo tipo di servizio sempre più centrale e sempre più complesso, in un contesto di risorse decrescenti, di indebolimento delle reti comunitarie e di trasformazione/frammentazione delle famiglie. In cui – a fronte di un allungamento dell'età di vita e di un'alterazione della struttura anagrafica (invecchiamento) i bisogni aumentano e si diversificano e aumentano le vulnerabilità.

L'obiettivo complessivo è trovare un nuovo equilibrio, che coinvolga virtuosamente le famiglie, gli attori pubblici, privati e del Terzo Settore, i territori, in un “sistema curante”

La rassegna della letteratura e delle pratiche di innovazione sperimentate nei diversi territori, evidenzia alcuni elementi di convergenza, ben sintetizzati da Zuccatelli

e Maffei (2012). Si tratta dell'esigenza di garantire una "presa in carico globale" della persona anziana non autosufficiente, che sia in grado di integrare in una cornice unitaria i diversi servizi e le diverse prestazioni. E' necessario procedere sulla strada di una sempre maggiore integrazione tra servizi sociali e sanitari, ma anche dei servizi relativi alla cultura, alla socialità, alla formazione, promuovere il coordinamento in rete dei diversi attori coinvolti. E' inoltre auspicabile utilizzare strumenti di valutazione multidimensionali, poiché "per identificare i bisogni degli anziani non autosufficienti occorre disporre di metodologie in grado di rilevarne la molteplice natura e le dimensioni e di monitorarne l'andamento in funzione della assistenza ricevuta" (ivi, 90) e di elaborare piani di assistenza individuali e non standardizzati. Sono da consolidare e rafforzare i Punti Unici di Accesso e mettere a punto i sistemi informativi, così come responsabilizzare e coinvolgere attivamente i *caregiver* familiari per perseguire il più possibile il mantenimento della domiciliarità, al tempo stesso trasformando i modi e i significati dell'abitare, per favorire l'autonomia. A tal fine, è di straordinaria importanza l'uso delle tecnologie (la domotica, la robotica, l'intelligenza artificiale, gli strumenti di comunicazione), il cui utilizzo oggi è ancora relativamente ridotto, rispetto alle potenzialità esistenti, scontando, in parte, alcuni pregiudizi, non sempre infondati, che guardano alle tecnologie come strumenti di isolamento e di spersonalizzazione, invece che come strumenti di avvicinamento e di relazione. Temi come quest'ultimo del resto meriterebbero una riflessione approfondita che non è possibile realizzare in questa sede, ma che diventa oggi sempre più attuale, anche rispetto al futuro di alcune professionalità come le Operatrici Socio Sanitarie OSS che in parte, secondo alcuni, verranno presto sostituite, almeno per alcune funzioni, dalle nuove tecnologie di robotica e domotica.

L'obiettivo, in conclusione, è sempre quello di rendere l'accesso alle strutture sanitarie e residenziali l'*extrema ratio*, favorendo al contempo una sinergia tra assistenza residenziale e assistenza domiciliare. E fare in modo, allo stesso tempo, che l'assistenza domiciliare non diventi essa stessa una prigione, per quanto conosciuta e meno ostile, ma il punto di una rete di famiglia e comunità alla quale l'anziano continua, secondo le sue possibilità, ad avere accesso e per la quale può ancora rappresentare una risorsa.

Sul piano degli approcci, si tratta di coniugare professionalità e relazionalità, superando un'impostazione di tipo eminentemente prestazionale e di promuovere il coinvolgimento attivo di una pluralità di attori del territorio che, insieme, possono contribuire a migliorare la qualità della vita degli anziani. Ciò, facendo sì che gli stessi anziani, e le loro famiglie, non siano destinatari passivi dei servizi ma soggetti attivi nel disegno della soluzione più adatta ai loro desideri ed ai loro bisogni.

2. LA RICERCA DI CAMPO: STUDI DI CASO IN 5 REGIONI ITALIANE

2.1 Obiettivi e metodo della ricerca

La ricerca di sfondo ha evidenziato ed analizzato alcuni aspetti ed elementi che ci consentono di comprendere come le trasformazioni dei bisogni, quelle dei sistemi di *welfare*, ma anche le diverse forme assunte dai servizi dell'assistenza domiciliare ridecrivono la filiera *cittadino - caregiver - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private e governance* territoriale.

Se consideriamo, inoltre, i servizi di assistenza domiciliare come risposte ai bisogni, sempre più multiformi e sfaccettati, è necessario chiedersi quali sono gli aspetti e/o le dimensioni che consentono l'attivazione di processi in grado di produrre una continua ridefinizione degli stessi, proprio in virtù delle trasformazioni dei bisogni e dei contesti in cui i servizi si sviluppano.

Da qui l'obiettivo generale della nostra indagine, la quale intende identificare i **fattori abilitanti i processi di innovazione** (*enabling factors*) nei servizi di assistenza domiciliare, collegandoli ai principali **modelli organizzativi** al fine di definire le **competenze** necessarie a promuovere l'innovazione nel settore oggetto di studio.

L'oggetto di indagine sono, dunque, le pratiche emergenti di assistenza domiciliare che integrano, sperimentano e innovano i servizi tradizionali, promuovono una **nuova cultura della domiciliarità e della cura** basata sulla volontà di rispondere ai bisogni in un'**ottica comunitaria** e di **progettare in maniera partecipata** gli interventi, anche **con il diretto coinvolgimento dei destinatari**. L'oggetto si precisa collocandosi nello spazio tra i servizi di assistenza domiciliare domiciliari e quelli residenziali, il quale evidenzia necessità di assistenza scoperte che le famiglie spesso cercano di soddisfare da sole. Per avere la capacità di soddisfare le molte condizioni che non trovano risposta nell'esistente è necessario aprirsi a strategie diverse che vadano ben oltre la mera "badantizzazione" del *welfare* (Figura 1).

RSA

SAD e ADI

Figura 1: spazio entro al quale si colloca l'oggetto dell'indagine

Per indagare un oggetto così complesso e poliedrico è necessario adottare un approccio multi-metodo (Byrne, Humble, 2007, Creswell, 2009, 2003, Johnson, Christensen, 2014, Matsaganis, 2016; Creswell, Plano, 2011; Phillips, 2009), il quale consente di:

- Focalizzarsi su domande di ricerca che richiedono una **comprensione contestuale della vita reale e delle influenze culturali in una prospettiva**

multilivello.

- Combinare più metodi (ad esempio, *focus group* e interviste approfondite) sulla base dei loro punti di forza.
- Collocare la ricerca all'interno di un quadro teorico forte capace di guidare l'analisi e l'interpretazione dei risultati dell'indagine.
- Sostenere disegni di ricerca in grado di **informare l'azione politica.**

La ricerca adotta una metodologia *mixed methods*, seppur nell'ambito della tradizione di ricerca qualitativa e si caratterizza per la combinazione di una strategia di ricerca multilivello, che affronta diversi livelli di analisi corrispondenti a molteplici dimensioni del problema, con una triangolazione, orientata a studiare un fenomeno che si qualifica come aspetto del problema di ricerca da punti di vista differenti (Trincherò, 2019). L'assunzione di queste due strategie ha consentito, da un lato, di evidenziare i diversi aspetti che qualificano il problema di partenza, ovvero l'innovazione dei processi collegandolo a dimensioni diverse dei servizi in oggetto all'analisi; dall'altro, la raccolta delle percezioni sull'oggetto indagato di soggetti con ruoli diversi nel processo di erogazione del servizio (committente, referente/coordinatore, operatore).

Complessivamente, la metodologia della ricerca assume i fenomeni studiati come costruzioni sociali (Matsaganis, 2016) e "la conoscenza - prodotta sugli stessi - riflette il potere e le relazioni sociali all'interno della società, con lo scopo importante di costruzione di conoscenza per aiutare le persone a migliorare la società" (Mertens, 2003, p 139).

In questa prospettiva, il design di ricerca si precisa con l'adozione di un approccio olistico e trasformativo. Il primo caratterizza la struttura e il programma di ricerca al fine di catturare la complessità dell'oggetto di indagine; il secondo apre all'uso di qualsiasi metodo, qualitativo o quantitativo, a condizione che questo aiuti i ricercatori a raggiungere risultati funzionanti per cambiare e a beneficiare le popolazioni afflitte dalle disparità (Matsaganis, 2016: 1335).

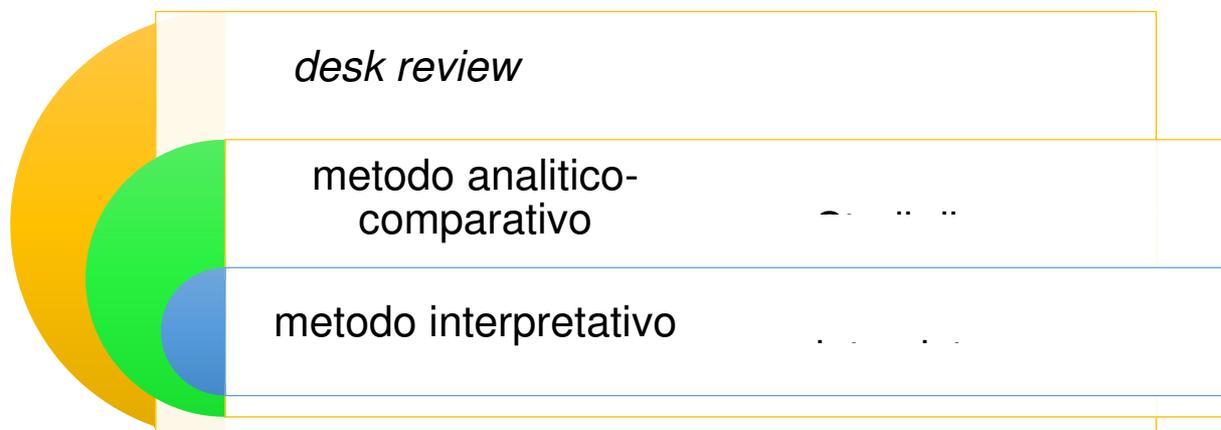


Figura 2: La metodologia di ricerca

La ricerca si è articolata nelle seguenti fasi:

- 1) **Analisi comparativa della letteratura esistente** europea e nazionale, inclusi i risultati di seminari, convegni e progetti di ricerca internazionali realizzati o in corso sul tema dell'assistenza domiciliare e l'innovazione dei servizi alla persona non autosufficiente (cap.1).
- 2) **Formulazione della domanda di ricerca e costruzione del campione dell'indagine** attraverso una tavola rotonda che ha coinvolto una pluralità di *stakeholder* a livello territoriale
- 3) **Analisi di 9 "buone" pratiche** realizzate sul territorio nazionale e riferimento ad altre pratiche incontrate nelle testimonianze degli attori coinvolti. (interviste a testimoni privilegiati)
- 4) **Restituzione dei risultati della ricerca e dell'ipotesi interpretativa formulata sulla base delle evidenze raccolte, attraverso 3 incontri territoriali con i soggetti coinvolti nell'indagine.**

FASI DELLA RICERCA	nov-18	dic-18	gen-19	feb-19	mar-19	apr-19	mag-19	giu-19	lug-19	set-19	ott-219	dic-19
Fase propedeutica												
Ricerca di sfondo (<i>desk review</i>)												
<i>Workshop</i> per la definizione della domanda di ricerca	20 nov.											
Definizione domande e strumenti di ricerca												
Ricerca di Campo												
Identificazione pratiche/casi di studio												

Ricerca sui territori prescelti (Interviste e <i>focus group</i>)												
Reportistica												
Analisi dei dati studi di caso												
Redazione rapporto di ricerca												
Presentazione risultati												
Restituzione partecipata nei territori (Firenze, Genova, Bergamo)												
Stesura del <i>report</i> finale												

Figura 3: GANTT dall'attività di ricerca

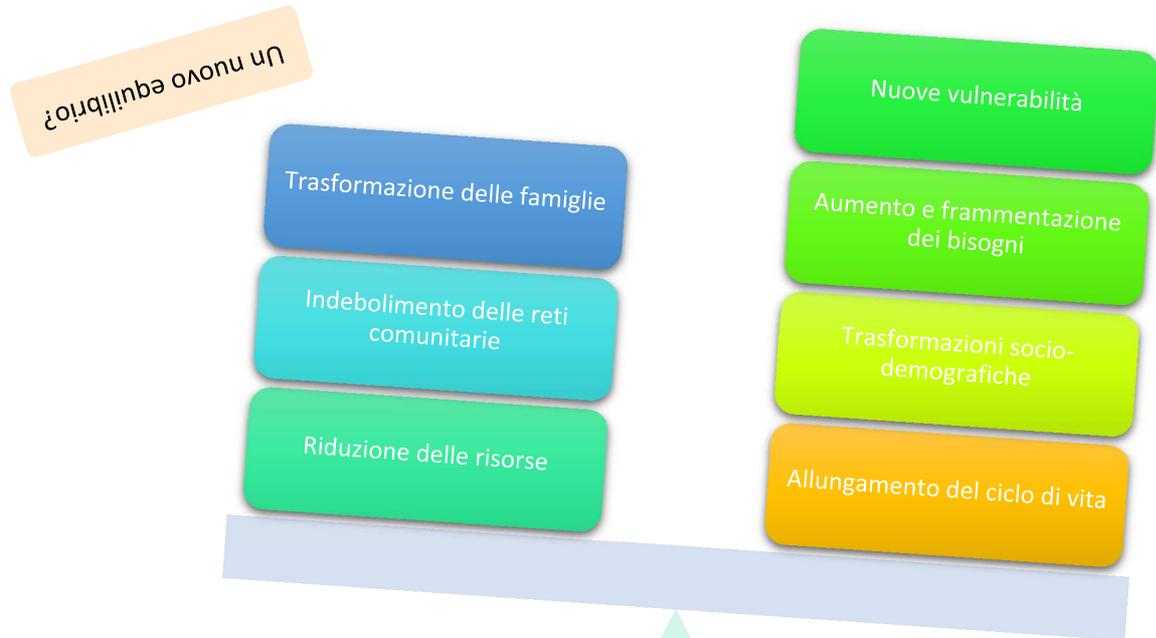
2.2 La definizione condivisa della domanda di ricerca: il *workshop* con le organizzazioni che erogano servizi di assistenza domiciliare

Al fine di declinare la domanda di ricerca¹ considerando le istanze delle organizzazioni che, sotto varie forme, erogano servizi di SAD/ADI e per circoscrivere il campo di indagine, abbiamo realizzato un *workshop* a Firenze con organizzazioni e referenti politici che si occupano di servizi di assistenza domiciliare (vedi allegato A.11.)

Di seguito vengono riportiamo gli elementi emersi ed i dati raccolti durante l'incontro, che ha avuto come domanda generatrice: Quale innovazione nell'assistenza domiciliare? Quali sono gli ambiti di intervento strategici?

¹ La domanda generatrice da cui muove la ricerca è: Quali sono i fattori abilitanti l'innovazione sociale, ovvero quali aspetti/dimensioni consentono di attivare processi di ridefinizione continua dei servizi (SAD/ADI) in virtù delle trasformazioni dei bisogni e dei contesti per cui sono stati sviluppati?

Le sfide



L'obiettivo

Un ripensamento complessivo della filiera cittadino-famiglia-comunità-Terzo Settore-impresе private e *governance* territoriale

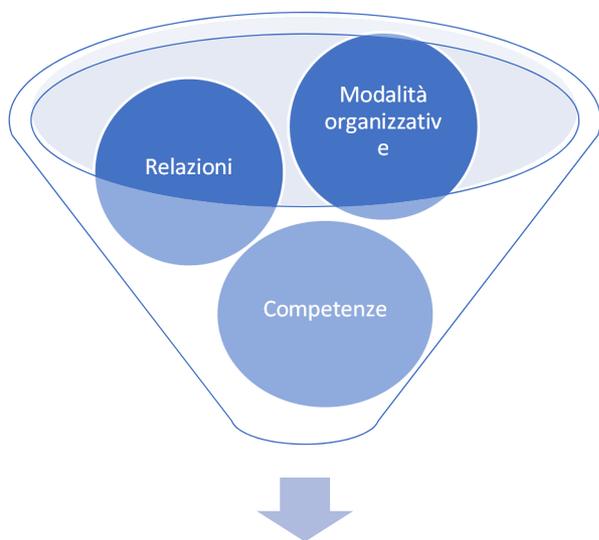
Cosa significa innovare?

Innovazione sociale: È la capacità di sviluppare nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che soddisfano bisogni sociali (in modo più efficace delle alternative esistenti) e che allo stesso tempo creano nuove relazioni e nuove collaborazioni. In altre parole, innovazioni che sono buone per la società e che accrescono le possibilità di azione per la società stessa" (Murray *et al.*, 2010).

Trasformare le modalità organizzative e le relazioni. Promuovere *empowerment* e capacitazione. Favorire connessione e integrazione tra attori e ambiti di intervento.

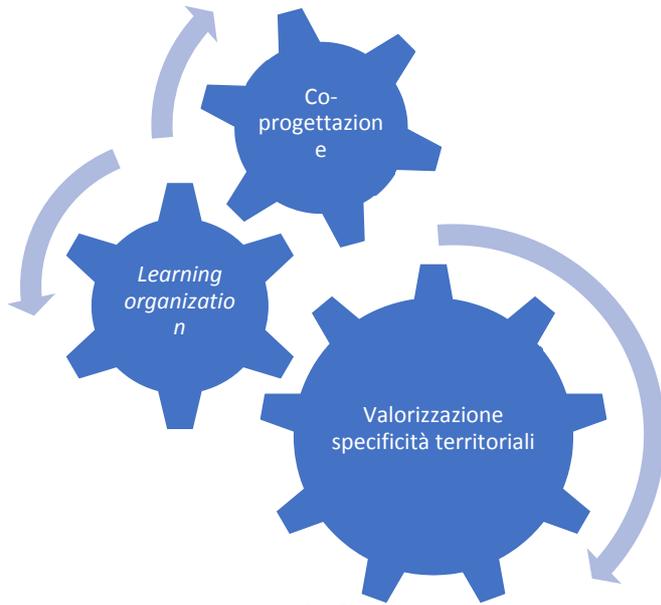
Trasformare i rischi in opportunità, intercettare e dare voce ai bisogni emergenti, prefigurare nuovi equilibri

Trasformare i rischi in opportunità, intercettare e dare voce ai bisogni emergenti, prefigurare nuovi equilibri

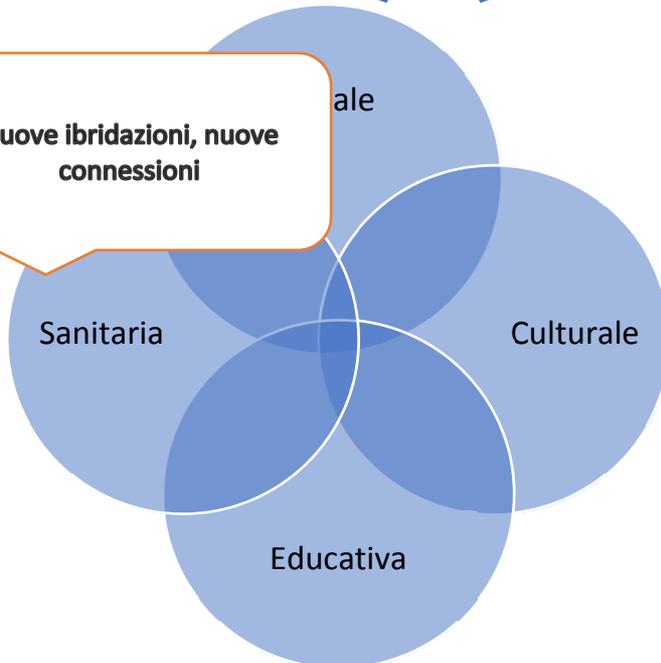


Nuove risposte ai bisogni della popolazione anziana e non autosufficiente – sempre più multiformi e sfaccettati – che considerano diverse variabili di intervento e sono in grado di ridefinirsi continuamente in virtù delle trasformazioni dei bisogni stessi e dei contesti in cui si sviluppano.

I fattori abilitanti dell'innovazione



Nuove ibridazioni, nuove connessioni



Dal settorialismo a un approccio olistico

Verso **una nuova cultura della domiciliarità e della cura** basata sulla volontà di rispondere ai bisogni in un'ottica comunitaria e di progettazione partecipata degli interventi.

Servizio non residuale ma **ambito di ricucitura**, di cerniera, di presa in carico della persona in senso "olistico" (assistenza domiciliare strettamente connessa a una funzione di sensore, di facilitatore/mediatore e di attivatore).

Gli ambiti di innovazione

Equilibrio tra professionalità e relazionalità

Nuovi profili professionali degli operatori (OSS/OSA, educatori assistenti sociali)

Promozione di un *welfare* di comunità che valorizzi le reti informali e coinvolga gli attori territoriali

Responsabilizzazione del pubblico

Figure attive nell'individuazione dei bisogni e nell'orientamento (di individui e famiglie)

Coinvolgimento e attivazione dei destinatari

Ripensamento della residenzialità – nuove forme dell'abitare

Prevenzione dell'isolamento, della vulnerabilità, della dipendenza

Integrazione con i servizi residenziali (residenzialità aperta)

Tecnologie, come strumenti di connessione di relazionalità, di presenza e di attivazione, e non come strumenti di isolamento, di spersonalizzazione e di passivizzazione

Nuovi rapporti tra generazioni

Innovazione culturale,
oltre che organizzativa

L'analisi dei dati emersi ha consentito di identificare alcuni criteri per la costruzione di una matrice utile all'individuazione dei casi di studio, come descritto nel paragrafo successivo.

2.3 Casi di studio: costruzione del campione e della metodologia di ricerca

Lo studio dei casi selezionati è stato sviluppato nelle seguenti fasi:

- Individuazione del campione e posizionamento dei casi rispetto ai 7 criteri di analisi dell'innovazione individuati (Figura 5)
- Definizione della metodologia per il caso di studio (Figura 6)
- Costruzione degli strumenti di ricerca (Vedi allegato A.1.):
 - a) Traccia di intervista per referenti dell'organizzazione erogatrice del servizio
 - b) Traccia di intervista ad Assessori o altri referenti politici
 - c) Traccia del *focus group* con gli operatori dei servizi di assistenza domiciliare
- Somministrazione degli strumenti di ricerca e trascrizione delle interviste e dei *focus group* (Allegati vedi report su interviste e *focus group* effettuati)
- Analisi e sistematizzazione dei dati raccolti.

Casi	Tecnologia	Comunità locale	Orientamento e accompagnamento famiglia	Formazione continua degli operatori	Equipe multidisciplinare	Valutazione	Co-promozione
Caso 1							
Caso 2							
Caso 3							

Caso 4							
Caso 5							
Caso 6							
Caso 7							
Caso 8							
Caso 9							

Figura 5: Matrice multi-criterio per l'identificazione dei casi di studio

Costruzione metodologica per il caso di studio

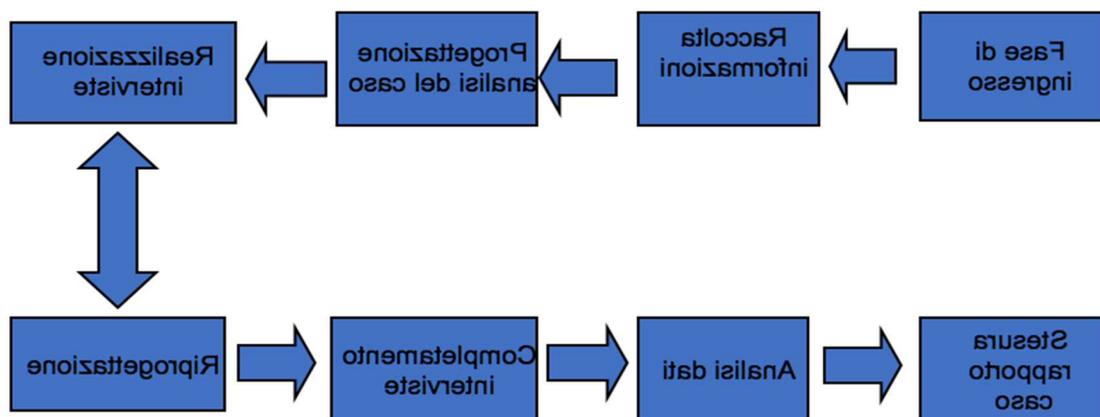


Figura 6: Processo metodologico di costruzione del caso di studio

I casi di studio analizzati sono stati complessivamente 9, distribuiti in 5 regioni d'Italia:

- Toscana: Arezzo (1), Prato (2)
- Umbria: Foligno (1)
- Liguria: Genova (2), La Spezia (1)
- Piemonte: Torino, Distretto di Orbassano (1)
- Lombardia: Bergamo (1)

Complessivamente, sono stati realizzati:

- 11 interviste a coordinatori e referenti dei servizi, responsabili politici
- 8 *focus group* con operatori dei servizi

La tabella di seguito (Figura 7) illustra i casi studiati, indicando la tipologia di organizzazione che erogano il servizio, il territorio di riferimento, la tipologia del servizio erogato.

ORGANIZZAZIONI	TIPOLOGIA ORGANIZZAZIONE	TERRITORIO DI RIFERIMENTO	TIPOLOGIA DI SERVIZIO DI ASSISTENZA EROGATO
Cooperativa Sociale Avvenire	Cooperativa sociale	Prato Toscana	Assistenza domiciliare sanitaria erogata da enti provati consorziati
Alice Coop Sociale	Cooperativa sociale	Prato Toscana	Assistenza domiciliare comune su gara di appalto
Progetto Assistenza	Società Srl (in <i>franchising</i>)	Arezzo Toscana	Servizio di assistenza domiciliare integrata offerti nel libero mercato (in franchising)
Comune La Spezia e Cooperativa KCS	Cooperativa sociale	La Spezia Liguria	Servizi di assistenza domiciliare del comune su gara di appalto

Comune di Genova, Consorzio Agorà e Synergy	Ente pubblico, ente erogatore e agenzia di lavoro interinale	Genova Liguria	Servizi di assistenza domiciliare del comune attraverso la costituzione di un albo di soggetti accreditati
Humana Vox	Società	Genova Liguria	Supporto all'erogazione dell'assistenza attraverso una App.
Consorzio coop., distretto ASL, RSA e Bottega del Possibile	Enti pubblici e consorzio di cooperative	Piossasco (TO) Piemonte	Assistenza comunitaria erogata attraverso un sistema misto pubblico-privato
Comune di Bergamo e Consorzio di Cooperative Città Aperta	Enti pubblici e consorzio di cooperative	Bergamo Lombardia	Servizi di assistenza domiciliare del comune – Custodi sociali
Umana SpA	Impresa autorizzata per la somministrazione di lavoro	Foligno Umbria	Servizio di assistenza domiciliare integrata offerti nel libero mercato

Figura 7: Le organizzazioni ed i servizi oggetto dello studio di caso.

2.4 I risultati della ricerca

Il primo elemento analizzato è stato *l'obiettivo* che i servizi di assistenza domiciliare indagati perseguono. I dati raccolti attraverso le interviste a diverse tipologie di interlocutori sottolineano come gli obiettivi possano essere raggruppati in tre macro-aree, a partire dal *focus* che orienta l'azione di assistenza (Figura 8):

- sull'assistito/a
- sulla famiglia dell'assistito/a
- sul servizio stesso.



Figura 8: Le tre macro-aree degli obiettivi del servizio di AD (elaborazione dell'autore)

Per i servizi che rientrano nella prima delle tre macro-aree, l'obiettivo del servizio si precisa nel sostegno delle capacità residue della persona per favorirne e rinforzarne l'autonomia al fine del suo mantenimento presso il proprio domicilio e, per quanto possibile, delle condizioni di familiarità e di quotidianità, anche supportati dalla rete familiare laddove è possibile. Ciò agli interessati di avere un maggior livello di benessere, socialità e salute, accompagnato da un miglior rapporto tra efficacia dell'azione di assistenza e costi più contenuti rispetto alle soluzioni residenziali.

Per altri, invece, il *focus* si sposta sui familiari dell'assistito e sul loro bisogno di essere aiutati nell'assistenza dei parenti anziani. In questo caso gli intervistati sottolineano come i cambiamenti della struttura e nelle relazioni familiari e sociali siano all'origine delle difficoltà nella gestione familiare degli anziani e dell'enorme aggravio degli impegni di cura.

Gli obiettivi riconducibili alla terza macro-area si riferiscono principalmente allo sviluppo dei servizi di assistenza sia in termini della loro diffusione capillare sul territorio per avvicinare i servizi al cittadino, sia riguardo la possibilità di creare reti ed alleanze territoriali (anche con l'uso delle tecnologie), in grado di ottimizzare le risorse per l'assistenza per costruire risposte adeguate alla complessità dei bisogni di assistenza. Qui rientrano anche quei servizi che nel fornire assistenza ai destinatari e supporto alle famiglie sono orientati alla creazione di posti di lavoro con assunzioni regolate dai contratti nazionali di settore (è il caso delle agenzie di lavoro che supportano la regolarizzazione del dilagante lavoro domiciliare sommerso).

Il secondo aspetto indagato riguarda le *modalità di erogazione del servizio*, ovvero se questo viene fornito dietro acquisizione di una commessa di un ente pubblico/locale, se è aperto al libero mercato o se adotta una formula mista (Figura 9).

Dai dati raccolti possiamo collocare i casi studiati lungo una linea ai cui estremi si collocano la gara d'appalto promossa dall'Ente Pubblico per l'affidamento del servizio e dall'altro il libero mercato. Tra questi due estremi si situano altre modalità di erogazione, quali la co-progettazione tra Enti Pubblici ed organizzazioni private ed il sistema di accreditamento degli enti erogatori.

La co-progettazione è una modalità operativa che presuppone un'alleanza forte tra Ente Locale e organizzazioni del Terzo Settore a partire dalla condivisione di prospettive, visioni non solo per gestire l'esistente ma anche per sviluppare nuovi servizi ed interventi. Quale strumento che regola la collaborazione sussidiaria tra Enti Pubblici ed enti del Terzo Settore, che negli ultimi anni sta avendo una sempre maggiore diffusione, la co-progettazione è "una modalità di affidamento e gestione della realizzazione di iniziative e interventi sociali attraverso la costituzione di una *partnership* tra Pubblica Amministrazione e soggetti del privato sociale" (Definizione delineata nel D.G.R. Lombardia IX/1353/2011).

La co-progettazione è stata definita anche dal Codice del Terzo Settore (D.lgs 117/2017) dove all'art. 55 viene descritta come "procedimento finalizzato alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento". Con l'introduzione del suddetto Codice viene ampliato l'ambito applicativo della co-progettazione, che non si limita più agli ambiti definiti dalla L.328/2000 ossia i servizi sociali, i progetti sperimentali e innovativi, ma si estende a tutti i servizi di interesse generale definiti dal Codice. Il Codice del Terzo Settore costituisce una normativa di grande importanza poiché si tratta della prima produzione legislativa ordinaria (dopo più di quindici anni!) che ha permesso, in particolare attraverso l'art. 55, di introdurre nell'ordinamento il principio costituzionale di sussidiarietà così come definito dall'art. 118 della Costituzione modificato con la riforma del 2001².

La co-progettazione promossa dal Comune di Bergamo, ad esempio, ha consentito di passare da un servizio tradizionale di assistenza domiciliare ad un servizio su base territoriale o comunitaria che si integra anche con quello di Custodia Sociale e, dunque, con l'attenzione alla dimensione educativa e non solo assistenziale.

L'accreditamento è un'altra modalità che, al di là delle differenze delle diverse sperimentazioni (in particolare si vedano i sistemi dei comuni di Milano, Torino e Genova), prevede l'accreditamento di un ente fornitore del servizio, un *provider* sociale sul domiciliare, presso l'Ente Pubblico. L'accreditamento avviene sulla base di *standard* stabiliti dall'Ente Pubblico e la selezione di un'offerta, un progetto, una carta dei servizi avviene ai sensi di un regolamento comunale.

Viene poi creato un albo di servizi tra i quali il cittadino può scegliere liberamente. Rispetto alla tradizionale gara di appalto per l'affidamento del servizio, questo meccanismo determina un processo virtuoso, poiché l'acquisizione del cliente (a cui viene destinato un *voucher* da spendere per il servizio di assistenza) spinge verso il continuo miglioramento del servizio, la ricerca di soluzioni innovative, la qualità nell'erogazione della prestazione.

Il cittadino avente diritto si reca presso l'assistente sociale, il medico di base o l'ASL di riferimento, dove viene effettuata una valutazione del caso sia dal punto di

² Si vedano tra gli altri: De Ambrogio U., Guidetti C., *La co-progettazione. La partnership tra pubblico e Terzo Settore*, Carocci Faber. Bruno M., Moschetti M., Pizzardi E. (a cura di), *La co-progettazione sociale. Esperienze, metodologie e riferimenti normativi*, Erickson. Fici A. (a cura di) (2018), *La riforma del Terzo Settore e dell'impresa sociale*, Editoriale Scientifica.

vista del bisogno di assistenza, delle risorse a disposizione per l'assistenza, sia relativamente al reddito. Sulla base della valutazione viene redatto un progetto o piano di assistenza individualizzato ed emesso un *voucher* o un buono servizio che dà diritto ad un'erogazione economica o all'accesso ad un determinato servizio.

Questa formula consente, inoltre, di coniugare il controllo pubblico, il rispetto degli *standard* di qualità, la trasparenza e la promozione di un servizio di qualità, poiché la possibilità di scegliere il fornitore avvantaggia chi offre servizi di qualità.

Questa modalità inoltre ha consentito l'introduzione nel sistema di assistenza di agenzie di lavoro che forniscono personale di diverse tipologie, contribuendo ad affrontare il dilagante lavoro sommerso che caratterizza il settore.

Di fatto però, anche questo sistema evidenzia alcune falle soprattutto nel momento in cui il numero degli enti accreditati è ridotto, producendo una sostanziale appiattimento della concorrenza e una conseguente standardizzazione dei servizi, nonché il mantenimento del ruolo forte di controllo da parte dell'Ente Pubblico che non riesce a delegare la gestione dei casi. La mancanza di risorse economiche da immettere nel sistema limita, infatti, la presenza delle sole organizzazioni che erogano determinati servizi, non aprendo alla possibilità di ampliare l'offerta anche a chi si occupa di aspetti diversi dall'assistenza in senso stretto.

La difficoltà di passaggio da una modalità di erogazione del servizio ad un'altra comporta, inoltre, resistenze nella gestione del sistema stesso, la necessità di ridefinire i rapporti tra pubblico e privato e delle modalità organizzative sia dell'Ente Pubblico sia dell'organizzazione erogatrice. Il pubblico, infatti, dovrebbe mantenere la *governance* del sistema ed il monitoraggio/controllo del servizio, mentre dovrebbe delegare la gestione concreta del caso all'ente accreditato.

Questo aspetto determina il reale passaggio dal principio dell'affidamento attraverso gara verso il principio dell'accreditamento. Il sistema di accreditamento inoltre richiede uno slittamento del focus di attenzione, da parte dell'organizzazione erogatrice del servizio o della prestazione, dal committente - ovvero l'ente pubblico - al cliente-destinatario dell'intervento il quale ne valuta la qualità.

L'attenzione al cliente-destinatario è il principale elemento regolatore del servizio offerto nel libero mercato ed acquistato direttamente dal privato cittadino. Le realtà indagate che offrono i propri servizi nel libero mercato si distinguono per la tipologia di servizi offerti, anche di tipo socio-sanitario o sanitario puro, e per la possibilità di offrire una scelta fra livelli diversi di specializzazione (dalla badante fino all'infermiera professionale). In questi casi, l'offerta di servizi appare più articolata e flessibile, basata tendenzialmente sulla domanda.

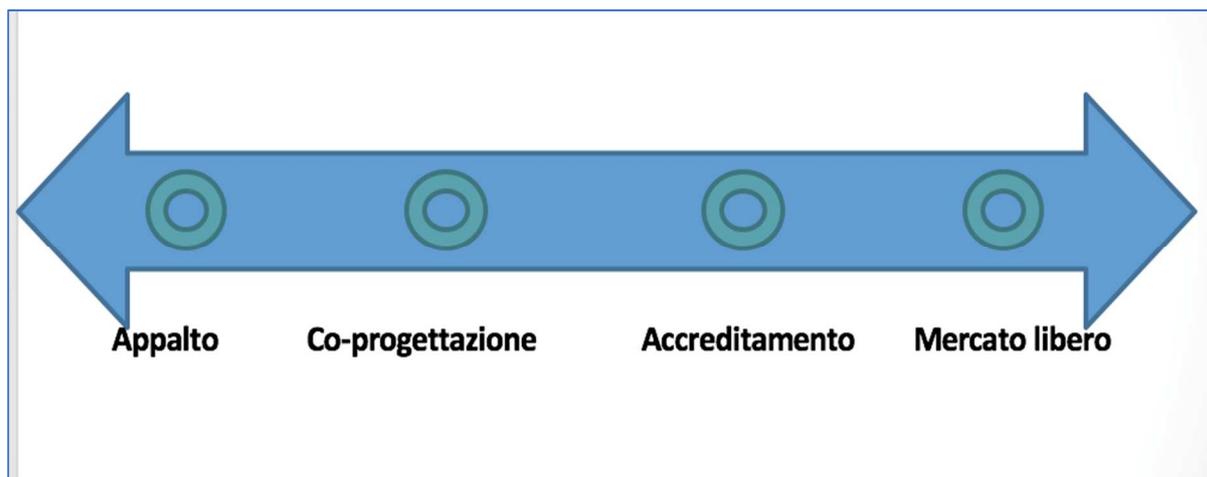


Figura 9: Le modalità di erogazione del servizio (elaborazione dell'autore)

2.4.1 Capacità di analisi dei bisogni e di riformulazione delle risposte

Le modalità di erogazione, ma anche le caratteristiche che il servizio assume, aprono alla possibilità di leggere più o meno dinamicamente i bisogni di utenti e famiglie e la conseguente capacità di riformulare il servizio o l'azione di assistenza. Nei casi in cui i servizi vengono affidati attraverso una gara di appalto, gli intervistati sono abbastanza concordi nell'evidenziare la rigidità della risposta rispetto a bisogni sempre più complessi e rapidamente mutevoli. In questi casi, dunque i servizi sono basati sull'offerta, spesso standardizzata, e non sulla domanda di assistenza. Ciò deriva, presumibilmente, dalla scarsità di risorse a disposizione e la conseguente contingentazione dei tempi di erogazione del servizio.

Effetti correlati a questa modalità operativa sono: la scarsa valorizzazione degli operatori e la conseguente loro demotivazione ed insoddisfazione, in quanto spesso si limitano alla fornitura di un'azione di assistenza predeterminata da altri e sulla quale hanno poco spazio di manovra; la poca elasticità dei servizi, fortemente standardizzati e rigidamente strutturati, che deve essere supplita da una capacità dell'operatore di essere flessibile nei confronti dei bisogni e delle richieste pur all'interno di un quadro operativo predefinito.

“E soprattutto sulla fragilità e soprattutto su un discorso della temporaneità, quindi accessi diversificati, molto più elastici, molto più flessibili e quindi si richiede anche una capacità di essere più, sì, più flessibili, ma anche più flessibili dal punto di vista degli orari” (Intervista caso di studio 8)

Un altro aspetto collegato è la solitudine che spesso l'operatore vive nella fornitura della prestazione che va ad incidere sia sulla prestazione stessa sia nella qualità del servizio fornito.

Anche le modalità di erogazione dell'AD con la co-progettazione e il sistema di accreditamento soffrono, seppur in maniera minore, di questa debolezza, poiché

l'operatore in realtà si trova a fornire un servizio deciso da altri e sul quale han poche possibilità decisionale. Ciò si collega al frazionamento e la settorialità che spesso caratterizza la risposta dovute alle medesime caratteristiche del sistema di assistenza che fatica ad attivare collegamenti fra le sue diverse sfere e, dunque, a prendere in carico la persona e i suoi bisogni nella sua globalità. Spesso infatti i servizi si limitano a fornire assistenza sociale o socio-sanitaria, escludendo gli aspetti della socializzazione ed educativi.

Pensare ed agire per settore, quando il problema o il bisogno è multidimensionale determina il mancato riconoscimento della persona portatrice del bisogno e anche l'inefficacia della risposta che viene fornita.

Gli intervistati reputano che tale condizione sia causata dall'incapacità della pubblica amministrazione di rinnovarsi, adottare una visione d'insieme ed una conseguente modalità d'azione, perché è ancora prevalente una concezione che porta a barricarsi dietro la propria specializzazione, spazio di azione e responsabilità. Questo, secondo alcuni intervistati, è da ricondurre all'incapacità di fronteggiare la complessità manifestata dai bisogni sociali emergenti con azioni che richiedono un approccio sistemico nel formulare risposte adeguate.

La gerarchizzazione delle diverse figure che operano nel sistema, la burocrazia che appesantisce e rende difficile apportare cambiamenti e le scarse competenze di gestione della complessità sembrano gli aspetti principali che determinano questa incapacità di risposta adeguata ai bisogni di assistenza.

Fra le diverse esperienze indagate è da sottolineare l'interessante apporto di quelle figure denominate "custodi sociali", "antenne territoriali" o di sportelli diffusi sul territorio, quali avamposti in grado raccogliere il bisogno espresso dalla popolazione, di leggerne le trasformazioni per la riprogettazione di risposte e servizi più adeguati. Nella formula rilevata dalla ricerca, i custodi sociali sono dei volontari che, grazie a contributi regionali, affiancano l'operatore dell'AD e si occupano degli aspetti legati alla socializzazione dell'assistito.

Le criticità evidenziate e relative le modalità di lettura dei bisogni non sembrano riguardare i servizi offerti nel mercato libero, poiché la corretta comprensione del bisogno determina una fornitura puntuale di servizi di assistenza, in grado di soddisfare le esigenze del cliente.

Riguardo alle modalità di accesso al servizio, anche queste si differenziano a secondo che sussista o meno una forma di rapporto pubblico-privato. Il servizio sociale pubblico e la figura dell'assistente sociale, o di altri professionisti pubblici, permangono centrali anche nella co-progettazione e nel sistema di accreditamento, spesso, a detta degli intervistati, non facilitando il processo di erogazione del servizio per le ragioni precedentemente elencate che vanno dalle carenze delle competenze di tali operatori, la burocratizzazione dei processi, ecc.

"E ognuno si barrica dietro la propria pseudo-professionalità, perché,

come dicevamo con le colleghe, se ti barrichi dietro ad una specializzazione non sei un vero specialista. Per questo parlo di pseudo-professionalità. È come se ognuno si dovesse nascondere da qualcosa che appare troppo complesso. Forse perché per attivare le cose ti scontri con una burocrazia che ti fa appesantire e rendere difficili le cose” (Intervista caso di studio 5).

La lettura del bisogno non viene circoscritta alla fase di inserimento, ma prosegue anche durante la fornitura dell’assistenza, poiché le esigenze si trasformano nel tempo. Nei servizi fortemente standardizzati questo elemento passa in secondo piano, poiché a volte non si ha la possibilità di adottare sistemi di raccolta di informazioni, dati o strumenti di comunicazione *bottom-up* (diari di bordo del servizio, schede per l’annotazione delle informazioni sui casi e sulle prestazioni, etc.), ma soprattutto di decodifica degli stessi.

In tutte le esperienze indagate vengono adottati strumenti in fase di accesso al servizio, che vanno dalla “Scheda famiglia”, al “Piano operativo assistenziale” o al “Piano di intervento domiciliare”.

L’utilizzo di questi strumenti, in tutti i casi, è finalizzato alla raccolta dei dati sullo specifico caso per l’anamnesi funzionale alla definizione del servizio di assistenza, ma anche alla ricognizione delle risorse – molto spesso relative alla rete familiare e parentale – che potrebbero essere attivate in maniera coordinata.

In alcuni casi, la presenza di un’*équipe* multidisciplinare sia per la visita domiciliare o per la rielaborazione dei dati raccolti in funzione della definizione del piano di intervento diventa un elemento essenziale per comprendere le multi-sfaccettature del bisogno di assistenza.

“La rielaborazione mi sembra un aspetto molto importante perché si fa una valutazione multi-professionale, multi-disciplinare per quanto è possibile, della situazione che si è incontrato, con, tra virgolette, al centro la persona. Per questo, continuiamo a dare importanza alla visita domiciliare perché chiaramente è attraverso la visita che tu puoi meglio valutare la condizione in cui la persona si trova, con il suo intorno. Ecco, annusare gli odori di quella casa e entrare in quello spazio che ti può dare, descrivere molto. Che, invece, il recarsi solo dell’ambulatorio, si rischia di non avere ciò che quelle mura, quegli oggetti, dentro la casa, possono invece trasferirti”(Focus group Caso di studio 7).

Altre esperienze, invece, stanno investendo in questo segmento del processo di erogazione del servizio di assistenza, anche e soprattutto con l’adozione di *database* informatizzati (*Intranet*) che consentono la raccolta di dati, il coordinamento dell’azione di assistenza anche in casi di mobilità dell’assistito, nonché il recupero di specifiche figure professionali. La raccolta dati non riguarda solo l’assistito e la sua famiglia, ma anche gli operatori impiegati, le valutazioni del servizio, etc. Questo elemento

conferisce un essenziale valore aggiunto al servizio offerto per le ragioni brevemente illustrate, soprattutto in una prospettiva di *data analysis* e il *social data mining*.

La app di *matching* tra domande ed offerta di assistenza va in questa direzione, ovvero nell'analisi dei bisogni per trovare risposte adeguate a partire dalle risorse a disposizione.

Il *reframing* del bisogno rispetto alla categoria di "complessità" comporta il cambiamento del modo di percepire i fenomeni e di generare nuove interpretazioni degli stessi e dei loro risvolti, e quindi anche del loro significato, per poi identificare nuove strategie d'azione e modificare il comportamento conseguente alla variazione della conoscenza acquisita (*soft-knowledge*).

La capacità di lettura dinamica di bisogni, ma anche delle risorse a disposizione in dato contesto, è un elemento chiave per la riformulazione e l'innovazione dei servizi di assistenza. Tale capacità consente di passare dai servizi standardizzati a quelli "*tailor made*" sulla base dei bisogni intercettati ed analizzati, nonché l'efficacia e l'efficienza degli stessi sulla base di una miglior combinazione delle risorse a disposizione.

“La qualità professionale è la capacità degli operatori di scovare non solo bisogni inespressi, ma soprattutto potenzialità che permettano di attivare e rendere strutturali nuove modalità di aiuto e di reciprocità”
(Intervista caso di studio 7).

Di fatto, molti servizi sono legati più alla disponibilità dell'offerta che alla reale lettura dei bisogni e, quindi, non esiste una rispondenza, se non in casi molti specifici dove si realizzano azioni *ad hoc* che però spesso sono costose. Ma la standardizzazione non ha solo un'accezione negativa, quando la cosiddetta "messa a scaffale di servizi" è progettata a partire dai bisogni e concertata attraverso il confronto con gli *stakeholder*. A questo aspetto si collega, da un lato, la capacità dei fornitori dell'assistenza di collegare e coordinare fra loro i servizi esistenti per evitare le sovrapposizioni e al contempo provvedere ad un'erogazione in grado di rispondere alle multidimensionalità del problema di assistenza.

Dall'altro lato, dallo studio emerge come il diretto coinvolgimento dei destinatari, delle famiglie e della comunità - con diverse modalità - nell'erogazione del servizio, secondo una prospettiva di diversa gestione delle risorse esistenti, diventi un elemento che contribuisce all'innovazione dei servizi stessi.

In generale, grazie ai dati raccolti è evidente che l'innovazione e la ridefinizione dei servizi di AD passa necessariamente da un cambiamento di prospettiva e di comportamento a livello individuale ed organizzativo, a partire dall'attuazione di processi di raccolta ed analisi delle istanze per la ridefinizione delle modalità di risposta fornite dai diversi interlocutori, pubblici, pubblico-privati o privati.

2.4.2. Le modalità di valutazione del servizio

Un altro elemento indagato con l'analisi dei casi di studi è stato il sistema di valutazione del servizio, sia rispetto alle dimensioni che vengono considerate, sia in relazione agli strumenti utilizzati. Fatto salvo che tutte le esperienze studiate abbiano adottato sistemi di qualità, tutte valutano o utilizzano protocolli di valutazione della *customer satisfaction*, particolarmente sviluppata da chi opera nel libero mercato o nei sistemi di accreditamento. In questi due casi, vengono spesso utilizzati strumenti *online* come questionari di gradimento del servizio richiedere il servizio.

A tal proposito è interessante notare come chi è passato da un sistema basato sulle gare di appalto per l'affidamento del servizio a quello di accreditamento abbia parallelamente sostituito una valutazione della soddisfazione della committenza con quella del cliente-destinatario.

“In questo momento devo dire che mentre prima noi avevamo anche una parte sul cliente committente che era la parte istituzionale, in questo momento questa parte l'abbiamo un po' fermata perché essendo un sistema di accreditamento è più importante lavorare su versante del cliente-destinatario del servizio” (*Focus group* caso di studio 5).

Negli stessi casi, inoltre, è da segnalare che, ancora non si è riusciti a collegare la soddisfazione del cliente verso il servizio, con i dati complessivi rispetto alla fornitura complessiva del servizio a livello territoriale ad appannaggio dell'amministrazione pubblica.

“Non abbiamo al momento, e lo avevamo chiesto, un sistema di valutazione complessivo. Il comune ha i suoi [...] una serie di analisi e di verifica sulle prese in carico in base ai loro parametri, che però noi non conosciamo, le sappiamo in generale, ma non abbiamo ora condivisione di questo pezzo, che potrebbe essere invece un aspetto utile” (*ibidem*).

Sempre con riferimento al sistema di accreditamento delle organizzazioni fornitrici di servizi di assistenza – ma che riguarda anche quelli con l'assegnazione degli stessi attraverso gara di appalto e mediante co-progettazione – un'altra dimensione della valutazione riguarda il caso del singolo assistito, che viene fatta con l'assistente sociale a cui il caso è in carico. Questo tipo di valutazione viene effettuata *in itinere* e parallelamente all'erogazione dell'assistenza ed è diretta ad aggiornare gli aspetti contemplati nei piani di assistenza e prevalentemente riguardanti le condizioni dell'assistito.

Passando ai servizi offerti nel libero mercato, dai casi di studio si evince come la valutazione sia prevalentemente orientata alla soddisfazione del cliente, anche se a

questa vengono associati altre dimensioni della valutazione, la più interessante delle quali riguarda le capacità degli operatori. In questo caso, la valutazione dell'operatore viene fatta dal suo responsabile, si tratta di una verifica di diversi aspetti, quali le capacità rispetto al tipo di lavoro che viene assegnato, la disponibilità per gli spostamenti o all'essere impiegato in settori diversi. Tale valutazione periodica o al termine di incarichi non eccessivamente prolungati nel tempo, insieme alle attività formative a cui il dipendente ha partecipato, vanno a confluire nella scheda personale, presente nella banca dati nazionale dell'organizzazione ed alle quali accedono tutte le filiali, e che assume le caratteristiche di in un *Portfolio* dell'Assistente familiare/domiciliare, secondo i casi.

La tabella di seguito (Figura 10) illustra in sintesi quanto fino a qui trattato, mettendo in evidenza come le diverse modalità di erogazione del servizio, privilegino dimensioni specifiche di valutazione ed i relativi strumenti.

Modalità di erogazione del servizio	Dimensioni prevalenti della valutazione	Strumenti di valutazione
<i>Gara di appalto</i>	Soddisfazione della committenza	Monitoraggio dell'andamento del servizio rispetto a quanto previsto dal capitolato della gara
	Caso in carico	Aggiornamento PID con assistente sociale
<i>Co-progettazione</i>	Soddisfazione della committenza	Monitoraggio dell'andamento del servizio rispetto a quanto previsto dalla co-progettazione
	Caso in carico	Aggiornamento PID con assistente sociale
<i>Accreditamento erogatori</i>	Caso in carico	Aggiornamento PID con assistente sociale
	Soddisfazione del cliente	Questionario
<i>Mercato libero</i>	Soddisfazione del cliente	Questionario
	Capacità dell'operatore	Questionario al responsabile Vari strumenti (es. <i>Portfolio</i> dell'Assistente familiare)

Figura 10: Le principali forme di valutazione relative alle modalità di erogazioni di AD indagata (elaborazione dell'autore)

Il superamento della dimensione della *customer satisfaction*, o meglio l'andare verso una visione multidimensionale della valutazione, sembra emergere anche come necessità da parte degli operatori dell'assistenza intervistati. Questi in particolare fanno riferimento alla possibilità di ricongiungere in un sistema più coerente ed integrato tutti gli strumenti e le analisi già implementate.

Collegare le diverse forme di valutazioni in essere all'interno di un quadro coerente ed impostare processi di valutazione dei processi in filiera dei servizi significa comprendere anche le diverse componenti che ai diversi livelli del sistema agiscono per la realizzazione degli interventi, come ad esempio le capacità degli operatori. Nei termini della prospettiva adottata dal presente studio, l'innovazione passa anche dal ripensamento complessivo dell'intera filiera stessa che dovrebbe essere in grado di riformulare le relazioni tra *cittadino - caregiver - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private e governance territoriale*.

Altro aspetto fondamentale di cui tener conto è considerare la valutazione non come un appesantimento burocratico, ma come un processo di raccolta e di analisi, utile a ridefinire e ricalibrare il servizio alla luce delle informazioni raccolte.

In breve, dall'analisi dei casi di studio emergono alcune dimensioni della valutazione scarsamente considerate, quali:

- valutazione del sistema complessivo, ovvero di tutti i processi attivati per l'erogazione del servizio ai vari livelli (dalla prestazione alla *governance*) indipendentemente da chi li realizza;
- valutazione degli operatori, anche in chiave formativa, ovvero con uno specifico *focus* sulle loro capacità e competenze;
- valutazione delle risorse presenti in un dato contesto e della loro reale impiegabilità ai fini della costruzione di un sistema di assistenza comunitario;
- valutazione dell'impatto prodotto sul territorio e sull'area su cui il servizio insiste.

Fra queste, la valutazione delle risorse presenti in un dato contesto riguarda non solo la rilevazione delle possibilità della rete familiare o parentale, ma anche quelle della comunità più in generale.

A Piossasco in Piemonte, il progetto di assistenza dedica tempo e risorse alla formazione alla valutazione della situazione nel momento di contatto tra l'*équipe* multidisciplinare e l'utente, durante la visita domiciliare.

“... è il sindaco che invita il cittadino ad aprire le porte a questa micro-*équipe* che viene a casa a fare una chiacchierata. Dico chiacchierata, ma dietro sono posizionate scale, schede di valutazione che però noi usiamo, come traccia per gli operatori. Abbiamo fatto un lavoro di accompagnamento agli operatori molto molto fine, tutto costruito sugli *alert* da osservare.... Da questo lavoro di ascolto faranno emergere non solo bisogni, ma soprattutto gli elementi di potenzialità di quell'anziano, quella famiglia, quella coppia. Posso dirti che chi lavora nella nostra micro-*équipe* sono *talent-scouting*, cioè loro fanno un lavoro di *scouting*. Tirano fuori dalla popolazione non tanto i bisogni,

ma anche le risorse che possono essere messe a disposizione anche di altri” (Intervista Caso di studio 7).

L’ultima dimensione della valutazione, ancora poco attuata, è quella dell’impatto sociale prodotto, ovvero “la valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sulla comunità di riferimento rispetto all’obiettivo individuato”³.

Dei nove casi indagati, solo il servizio di assistenza domiciliare del Comune di Bergamo, che nasce come co-progettazione pubblico-privato, sta iniziando a lavorare su questa dimensione della valutazione.

“Il nuovo Piano di Zona, ha messo proprio la valutazione d’impatto come uno degli obiettivi per i progetti di Ambito. La co-progettazione, sui servizi alla domiciliarità, è un servizio di Ambito e quindi abbiamo cominciato a capire un po’ che cosa può essere questa cosa e ci sarà un percorso con un consulente per, quanto meno, valutare il processo, usando lo strumento dello SROI (*Social Return on Investment ndr*), se l’obiettivo non è quello di arrivare ad avere il numerino finale, ma quello di valutare i vari processi. Probabilmente, dovremmo arrivare anche a dare il numero, ma non è tanto quello, ma è proprio per capire meglio che cosa si fa e come si funziona. Però, è un discorso appena iniziato, vediamo se nei prossimi due anni, è una cosa che arriveremo a mettere in agenda. Fino ad adesso, però non abbiamo lavorato sul tema della valutazione anche perché non abbiamo ricevuto particolari stimoli e spinte a dover valutare le cose. Perché i ritorni che le persone ci danno, comunque, sono ritorni tutto sommato alcuni molto positivi, altri comunque non negativi”. (*Focus group caso di studio 8*).

Il tema della valutazione, in generale, sembra essere particolarmente sfidante per chi si occupa di fornitura dei servizi di assistenza a prescindere dai diversi modelli di progettazione ed erogazione del servizio. Adottare sistemi di valutazione coerenti, efficaci ed utili alla pianificazione dei servizi implica che i coordinatori ed i referenti dei servizi abbiano competenze di ricerca, gestione ed analisi dei dati. Questi aspetti, insieme ad altri evidenziati nell’analisi, vanno nella direzione di ridefinire le competenze del coordinatore del servizio che dovrà essere appositamente formato per essere in grado di attivare i processi di innovazione anche a partire dalla valutazione.

2.4.2 I fattori abilitanti l’innovazione del servizio di AD

L’analisi dei dati raccolti attraverso i casi di studio, i quali hanno coinvolto operatori, referenti dei servizi e quelli delle pubbliche amministrazioni, ci consentono di isolare alcuni elementi in grado di favorire i processi di innovazione dei servizi di assistenza

³ art. 7, comma 3 Governo Italiano (2015), *DDL Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell’impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale*, n. 1870, Senato della Repubblica.

domiciliare. L'obiettivo perseguito è avviare una riflessione congiunta tra Terzo Settore ed Enti Locali committenti, utenti ed altri *stakeholder* sulle trasformazioni delle forme e delle modalità delle modalità di progettazione, attivazione e gestione dei servizi rivolti alle persone anziane, che permetta un ripensamento complessivo dell'intera filiera cittadino - *caregiver* - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private e *governance* territoriale.

In questo quadro, i fattori abilitanti le innovazioni di processi e di servizio individuati si collocano a diversi livelli del sistema e trasversali allo stesso e sono:

- diffusione di una cultura della co-progettazione;
- diversificazione delle competenze degli operatori;
- attenzione ai valori, quali la fiducia, solidarietà tra le generazioni, condivisione e alla generatività sociale dei servizi;
- l'uso delle tecnologie;
- la formazione continua, sulla base di un mutato contesto e quindi un rinnovato nuovo *framework* di competenze, di coloro che ai diversi livelli partecipano ai processi di erogazione dei servizi perseguendo la diffusione di trasformazione organizzativa in *learning organization*, ovvero organizzazioni capaci di apprendere e creare conoscenza sulla base delle esperienze e delle sperimentazioni di soluzioni rispetto ai problemi che incontrano nel loro agire.

Al di là degli specifici modelli di progettazione e di erogazione dei servizi AD analizzati (vedi figura 8), la co-progettazione, non solo come strumento ma come cultura di collaborazione fra organizzazioni di diversa natura, appare una necessità per la riformulazione innovativa del rapporto tra pubblico e privato. A partire dalla L. 328 del 2000 che introduceva il concetto di co-progettazione e con quanto sperimentato e maturato nel corso degli ultimi venti anni (ad esempio la Regione Lazio ha assunto la co-progettazione come uno dei tratti qualificanti la *governance* del sistema sociale regionale con il DGR n. 326 del 13/06/2017 “Linee guida in materia di co-progettazione tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo Settore per la realizzazione di interventi innovativi e sperimentali nell'ambito dei servizi sociali” e L.R. 11 del 2016 - “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”), si vanno sempre a più definire esigenze di inquadramento teorico- metodologico-normativo, un'intensa e continuativa attività di divulgazione e formazione, la sperimentazione pratica, la diffusione delle esperienze e la valorizzazione di buone prassi. Alla base di tale processo vi è un necessario cambiamento culturale, da parte delle Amministrazioni Pubbliche e del Terzo Settore, un processo di *empowerment* per costruire quelle competenze necessarie a rendere i partecipanti alla co-progettazione capaci di collaborare per affrontare insieme le sfide future. Per raggiungere risultati “generativi”, le politiche pubbliche dovrebbero essere costruite coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, riconoscendo a pieno titolo il ruolo del Terzo Settore nel sistema di *welfare* e nell'ottica di sviluppare un approccio integrato per la realizzazione di interventi complessi.

È evidente che le organizzazioni coinvolte si differenziano per culture organizzative e

professionali diverse, sviluppatasi nel corso del tempo e che per la diffusione della cultura della collaborazione è dunque necessario, come primo passo, riconoscere le differenze di cultura organizzativa, costruendo un linguaggio ed un'identità comune, quale condizione per la nascita di partenariati effettivi ed efficaci. Lo sviluppo di una serie di capacità come lo stare in relazione, il riconoscimento reciproco delle differenze, l'impegno a costruire linguaggio comune diventano imprescindibili, presupponendo la formazione continua di coloro che ai diversi livelli partecipano ai processi di creazione, gestione ed erogazione dei servizi di assistenza. Le organizzazioni che partecipano ai processi di co-progettazione *“non vengono più identificate come sistemi con chiari confini che le separano dal loro ambiente, bensì come reti di rapporto che cambiano la fisionomia tradizionale di produttori, clienti e fornitori [...] È quindi con un'altra ottica che ci rivolgiamo oggi all'organizzazione e ai suoi problemi; un'ottica volta a connettere un'organizzazione in cambiamento ad un ambiente di riferimento, tenendo presente che il processo produttivo stesso è meno concluso nei confini strutturali dell'organizzazione stessa”*⁴. Per questa via vengono definite le *learning organization*, che per Peter Senge, “sono quelle nelle quali le persone aumentano continuamente la loro capacità di raggiungere i veri risultati cui mirano; nelle quali si stimolano nuovi modi di pensare orientati alla crescita; nelle quali si lascia libero sfogo alle aspirazioni collettive, e nelle quali, infine, le persone continuano ad imparare come si apprende insieme” (Senge, 2006, 3)⁵.

I membri delle organizzazioni, in quanto fondate sull'apprendimento organizzativo, sono coinvolti in un processo di miglioramento continuo delle proprie capacità in vista di risultati desiderati, stimolati all'elaborazione di nuovi modelli di pensiero ed azione, implementando pensiero sistematico ed olistico (*Ibidem*).

La *learning organization* è quindi un'organizzazione capace di apprendere grazie alla collaborazione fra i membri interni e anche con quelli esterni, compresi i *competitor*, attraverso la riflessione sulle pratiche agite e dunque sugli errori, rendendo l'apprendimento funzionale alla produzione di innovazione e strategico per anticipare ed adattarsi agli impatti del contesto operativo.

Gli elementi qui brevemente accennati ci consentono di proseguire la nostra riflessione sui fattori abilitanti l'innovazione, includendo nei processi di formazione ed *empowerment* non solo gli operatori o referenti del servizio ma anche gli altri soggetti compresi nella filiera dell'assistenza, quali gli stessi destinatari, le famiglie, i *caregiver*, in un'ottica di riformulazione e diffusione di una cultura della cura che superi una logica individualista verso una di tipo collettivo. Ciò comporta una ridefinizione dei servizi su base comunitaria, che sia capace di ricreare e ritessere i legami sociali diffusi attraverso azioni mirate di attivazione della comunità e di valorizzazione dei rapporti intergenerazionali.

⁴ R Carli, R. M. Panaccia, *Psicologia della formazione*, Il Mulino, Bologna 1999, pp. 203-204.

⁵ P. M. Senge, *La quinta disciplina. L'arte e la pratica dell'apprendimento organizzativo*. Sperling & Kupfer Editori, Milano 2006, p. 3

La fiducia e la solidarietà fra le generazioni e fra i soggetti rappresentano valori alla base di una comunità in grado di prendersi cura dei propri membri, verso la trasformazione dei sistemi di *welfare* che ridisegnano i rapporti tra i corpi sociali. Le definizioni di *welfare* presenti nella letteratura degli ultimi decenni, quali *welfare* societario (Donati 1993), *welfare mix* (Ascoli e Ranci, 2003), secondo *welfare* (Ferrera e Maino, 2012), *welfare* plurale radicale (Pesenti e Lodigiani 2013) e *welfare* generativo (Fondazione Zancan, 2013), hanno cercato di teorizzare le riformulazioni dello stesso in virtù dell'apertura a soggetti esterni al perimetro pubblico e provenienti dalla sfera del mercato, delle associazioni intermedie e della famiglia (reti familiari e amicali). A questi soggetti, negli ultimi anni, si sono aggiunti i cittadini, in forme istituzionalizzate o in forme "liquide", flessibili e spontanee.

Si vanno via via definendo forme alternative di presa in carico e di cura dal basso che facendo leva sulle risorse (economiche, di tempo, di cura, di competenza) delle famiglie e delle comunità e mettendole in dialogo tra loro, producono qualcosa più della somma dei singoli addendi (Pasquinelli 2017).

Queste forme di assistenza hanno la capacità di essere "prossime" agli individui e quindi meglio adattabili alle loro esigenze e preferenze, rispetto a sistemi caratterizzati da una forte centralizzazione e standardizzazione. Hanno la potenzialità di modificare la relazione tra i soggetti coinvolti, attivando nuove forme di fiducia, di reciprocità, di responsabilità condivisa e determinare un cambiamento nel rapporto tra destinatari delle politiche sociali, decisori politici e fornitori di servizi.

La democratizzazione nei processi di costruzione di un nuovo *welfare* "dal basso" traduce infatti la necessità di partecipazione dei cittadini alla co-produzione di servizi di pubblica utilità. Da qui l'idea di beni di comunità o comuni, quindi, beni in grado di recuperare il senso comunitario della protezione sociale, essendo la logica del *welfare* definita proprio nell'offrire supporto a condizioni di fragilità individuale attraverso una mediazione collettiva (Gherardi e Magatti 2014).

Parallelamente a questi processi che accolgono le istanze di cambiamento dei cittadini, e quindi la corresponsabilizzazione di tutti i soggetti individuali e collettivi, l'innovazione dei processi e dei servizi ridefinisce anche la coabitazione e la condivisione degli spazi e dei progetti in virtù di una logica di inter-settorializzazione ed integrazione e in opposizione alla separazione ed alla specializzazione. Si aprono così sinergie con altri ambiti di innovazione sociale che vanno dal *co-housing*, *i big data* e l'intelligenza artificiale.

A tal proposito è interessante notare come l'innovazione non passi solo o esclusivamente delle tecnologie, che per altro dai dati raccolti negli studi di caso non appaiono ancora così impattanti sull'assistenza domiciliare, poiché settore ancora fortemente basato sulla relazione umana di cura. Le tecnologie, infatti, vengono utilizzate principalmente per:

- l'ottimizzare la comunicazione fra gli operatori del servizio (attraverso ad esempio la messaggia telefonica);

- il monitoraggio costante degli assistiti e dei loro parametri vitali anche da remoto;
- la raccolta e sistematizzazione delle informazioni (*data-base*), che però non vengono ancora utilizzate come “dati” da sottoporre a rielaborazione (*big-data* e *data-mining*) per la ridefinizione dei servizi sulla base, ad esempio, della valutazione dei sistemi di assistenza e del loro impatto.

L'utilizzo delle tecnologie nell'assistenza agli anziani è possibile grazie al cambiamento del rapporto fra queste e le famiglie, gli assistenti, ecc. per il monitoraggio dei parametri vitali o l'intervento in caso di emergenza. Gli sviluppi dell'intelligenza artificiale, della robotica e della domotica consentono attualmente di guardare a esigenze che non sono puramente di sopravvivenza, ma anche ad aspetti psicologici e della socializzazione. Sicuramente questo è indice di un cambiamento di prospettiva: sull'utilizzo delle tecnologie che passano da essere un *driver* o una guida ad applicazioni per rispondere a determinate necessità.

Andare a leggere i reali bisogni significa mettere la tecnologia “a servizio di” e non farsi guidare dalla tecnologia. Oggi questa possibilità esiste e si affianca alla telemedicina. Ci sono, infatti, altre esigenze a cui la tecnologia può rispondere che alleviano il peso dell'assistenza della famiglia e dei *caregiver* e che vanno nella direzione della maggiore autonomia dell'assistito, qualità della vita piuttosto che verso la risoluzione di un sintomo strettamente legato ad una determinata patologia o al superamento della distanza. Da qui emerge il bisogno di comprendere come le tecnologie possano favorire effettivamente la risposta ad alcuni tipi di bisogni.

Le tecnologie possono essere impiegate anche nella gestione dei sistemi di assistenza. Nonostante il costante invecchiamento della popolazione e la conseguente apertura di spazi di mercato, probabilmente la scarsità di investimenti e di risorse che spesso caratterizza il settore - soprattutto laddove persiste un ruolo centrale dell'ente pubblico - non consente uno imponente sviluppo tecnologico (ne è un esempio l'app di *matching* domanda-offerta di assistenza che non trova acquirenti).

Tornando sul coinvolgimento dei diversi soggetti nella cura, la capacità dell'azione e dei servizi di assistenza di generare valore sociale e non solo di rispondere seppur in maniera puntuale ad un bisogno specifico, rimanda all'ultimo elemento emerso e già in precedenza accennato, ovvero la valutazione dell'impatto sociale prodotto.

A tal proposito è importante sottolineare come nell'approccio adottato nel presente studio, la valutazione dell'impatto non sia esclusivamente riconducibile all'applicazione di metodi e tecniche per la misurazione degli effetti prodotti da una determinata azione, ma possa essere considerata un meccanismo generativo per il passaggio che il Terzo Settore italiano sta attraversando e che si lega inevitabilmente alla transizione da un modello di *Welfare State* ad uno di *Welfare Society* (o “civile”)⁶. “I due sistemi di

⁶ Zamagni, Venturi, 2019 <http://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/item/141-misurazione-impatto-sociale.html>

welfare che si basano su altrettanti principi. Da un lato, quello di redistribuzione, in cui lo Stato preleva dai cittadini risorse tramite la tassazione e le redistribuisce attraverso il sistema di *welfare*; dall'altro, il principio di sussidiarietà circolare in cui i cittadini sono coinvolti nel processo di pianificazione e di produzione dei servizi (coproduzione), che supera la dicotomia pubblico-privato (ovvero Stato-mercato) aggiungendovi una terza dimensione, quella apportata dai beni e servizi generati dai soggetti privati che però svolgono una funzione pubblica (cioè di interesse generale)".

La Legge Delega n. 106/16 per la Riforma del Terzo Settore, ed i successivi Decreti attuativi, riorganizzano in maniera organica il mondo del Terzo Settore affermando tre principi fondamentali (Venturi, 2019):

- il riconoscimento del valore e della funzione sociale di questi Enti, del volontariato, della cultura e della pratica del dono (art. 2 del Codice del Terzo Settore);
- la loro legittimazione giuridica e non solo in chiave sociale ed economica (quest'ultima legata alla loro fiscalità);
- l'avallo del Terzo Settore produttivo ed imprenditoriale, quale fenomeno tipicamente italiano di convergenza tra finalità economiche e sociali.

Il riconoscimento della rilevanza sociale ed economica di queste organizzazioni porta con sé una richiesta di adeguamento e miglioramento della loro azione che si manifesta, ad esempio, con l'introduzione della valutazione d'impatto seppur limitatamente a certe tipologie di attività (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2019). A questi due elementi di contesto, se ne aggiunge un terzo che riguarda la trasformazione dei modelli di relazione tra impresa sociale e pubblica amministrazione avviata con la crisi economico-finanziaria e dovuta alla riduzione della spesa sociale, alla concentrazione degli investimenti su problematiche ritenute di maggiore rilevanza, alla contribuzione dell'utenza e all'introduzione di parametri di efficienza più cogenti (Venturi & Zandonai, 2014, 2012; Fazzi, 2013). Questo arretramento dell'Ente pubblico, di cui il Terzo Settore è stato per diversi anni il braccio operativo nel processo di esternalizzazione dei servizi socio-sanitari ed educativi, è accompagnato da un rinnovato ruolo delle comunità territoriali e delle risorse che queste possono offrire, nonché da forme avanzate di *partnership* pubblico-privato che rappresentano sfide impegnative, anche dal punto di vista culturale (Frassy, 2014).

La comparsa di nuovi bisogni sociali complessi e differenziati, la transizione avviata con la Riforma e la ridefinizione dei rapporti fra gli attori rappresentano sfide ed opportunità di sviluppo che richiedono l'individuazione di percorsi di risposta innovativi. Ne consegue l'emergere di tre questioni che si fanno sempre più rilevanti e tra loro collegate: la capacità di innovare ed innovarsi delle organizzazioni che fanno parte di questo settore, quella di valutare l'impatto prodotto in termini di generazione di valore sociale e parallelamente la professionalizzazione di chi vi opera.

Il quadro brevemente illustrato va postulando il cambiamento di prospettiva legato al passaggio da una logica di produzione ed erogazione di servizi ad una di produzione condivisa con il coinvolgimento degli stessi beneficiari di quei servizi (*co-produzione*),

e che rende centrale la valutazione. Se, infatti, nell'erogazione dei servizi su gara d'appalto è sufficiente rendicontare, cioè dare conto dell'uso delle risorse, con la co-progettazione e altre forme di fornitura di servizi anche su base comunitaria è indispensabile valutare, ossia dare valore.

2.4 Verso la costruzione di ecosistemi territoriali per l'innovazione dei servizi di assistenza domiciliare

Alla luce dei dati rilevati con gli studi di caso, dalla loro elaborazione e sistematizzazione, siamo giunti a definire un'ipotesi interpretativa che consente di ricollegare fra loro i fattori abilitanti l'innovazione attorno al costrutto di "ecosistema di innovazione" che abbiamo declinato in chiave territoriale e dunque con un'accezione di tipo comunitaria.

Un ecosistema d'innovazione è un ambiente capace di produrre e distribuire innovazione sociale, ovvero risposte inedite sotto forma di prodotti o servizi a bisogni sempre più complessi, soprattutto grazie alla capacità di far convergere e combinare risorse di diversa natura.

Un primo elemento, dunque, è il reperimento delle risorse esistenti in un dato contesto, attraverso ad esempio una mappatura delle stesse, ma soprattutto la loro messa a sistema per la loro valorizzarle. Il *focus* si sposta dal contesto in cui l'azione si colloca alle relazioni e le interazioni fra i diversi *stakeholder* della filiera considerata, curandole in chiave collaborativa, di corresponsabilizzazione e di co-produzione.

Il principio base, infatti, che regola un ecosistema è la collaborazione a scapito di un approccio centrato sul raggiungimento di un vantaggio competitivo, per effetto del quale le imprese devono operare in un contesto fatto sostanzialmente da concorrenti, fornitori e clienti.

In breve, una strategia autenticamente eco-sistemica ha una forte componente relazionale caratterizzante il contesto entro cui le organizzazioni operano, la quale è in grado di incorporare e collegare soggetti, oggetti per creare ambienti favorevoli allo sviluppo di nuovi corsi di azione, di comportamenti inediti e di prodotti e servizi innovativi.

L'adozione di questo nuovo modo di approcciarsi all'analisi, alla progettazione, alla gestione e alla realizzazione di interventi sociali, oggetto del presente studio, produce conseguenze a diversi livelli. Al livello macro, si passa da passare da una relazione *one-to-one*, tipica dei servizi erogati con gara d'appalto ed anche per certi versi presente nei sistemi di accreditamento, ad una visione sistemica - volta a costruire relazioni funzionali all'innovazione sociale - dove attori pubblici e privati possano cooperare come pari.

I ruoli degli amministratori pubblici e degli innovatori sociali si ibridando, facendo sfumare anche la tradizionale distinzione tra approcci *top-down* e *bottom-up* e proponendo un modello nel quale attori istituzionali e civici cooperano sempre più a livello intermedio, in arene di apprendimento aperte con strutture di co-gestione auto-

organizzanti (Schauppenlehner Kloyber, Penker, 2016).

Gli imprenditori sociali sono chiamati a innovare radicalmente la loro “meta competenza” imprenditoriale (livello meso del sistema), ricercando “nuovi equilibri” fra le parti in gioco, per passare dalla competizione alla collaborazione per la costruzione e la gestione di reti volte alla combinazione delle risorse

Al livello micro, la prestazione di assistenza integra diverse tipologie di risposte (sociale, sanitaria, educativa, ricreativa, economica, etc.), si apre a diverse professionalità, si basa sulla domanda di assistenza e coinvolge nell'erogazione del servizio soggetti della filiera. La comunicazione fra questi livelli diventa fattore essenziale di integrazione orizzontale e verticale del sistema, sia che essa si sviluppi dal basso verso l'alto, sia viceversa.

L'ecosistema diventa strategia per la risoluzione di problemi pubblici complessi che prevede il lavorare insieme, costruendo ponti, quale capacità di orchestrare le interazioni e le relazioni sociali per creare terreno comune e senso di appartenenza; promuove consapevolezza politica e amministrativa attenta a: *storytelling* e *advocacy*, come capacità di usare narrative e comunicazione per articolare una visione condivisa e l'informazione in modo convincente; l'accelerazione dell'apprendimento quale fattore centrale per la prototipazione e iterazione e, dunque, come capacità di testare idee e migliorarle sistematicamente.

Il bisogno di innovazione della pubblica amministrazione è oggetto di un interessante documento dell'OCSE (2017) che evidenzia come i cambiamenti e le sfide che gli amministratori si trovano ad affrontare è cruciale per innalzare le competenze di chi opera in queste organizzazioni⁷. In particolare il documento elenca quattro *focus* su cui è necessario lavorare per promuovere l'innovazione della pubblica amministrazione.

1. 1. *Concentrarsi sulle persone* - I governi devono investire nella capacità e nelle potenzialità dei funzionari pubblici come catalizzatori dell'innovazione. Ciò include la costruzione della cultura, degli incentivi e delle norme per facilitare nuovi modi di lavorare.
2. 2. *Mettere la conoscenza a frutto* - I governi devono facilitare il libero flusso di informazioni, dati e conoscenze nel settore pubblico e utilizzarle per rispondere in modo creativo alle nuove sfide e opportunità.
3. 3. *Lavorare insieme* - I governi devono far progredire nuove strutture organizzative e sfruttare le partnership per migliorare gli approcci e gli strumenti, condividere i rischi e sfruttare le informazioni e le risorse disponibili per l'innovazione.
4. 4. *Ripensare le regole* - I governi devono garantire che le regole e i processi interni siano equilibrati nella loro capacità di mitigare i rischi, proteggendo al tempo stesso le risorse e consentendo l'innovazione. Aree di intervento per l'innovazione della pubblica amministrazione (OCSE, 2017)

⁷ OCSE (2017), Core skills for public sector innovation: a beta model https://www.oecd.org/media/oecdorg/satellitesites/opsi/contents/files/OECD_OPSI_core_skills_for_public_sector_innovation-201704.pdf

Per sintetizzare, gli elementi identificati in letteratura per la costruzione di ecosistemi d'innovazione⁸:

- **Engagement & Capacity building** dei cittadini, delle organizzazioni ed imprese del Terzo Settore e dei *policy maker* per la costruzione degli ecosistemi per l'innovazione.
- **Ridefinizione delle politiche (*advocacy*)** per l'innovazione attraverso nuove forme di *partnership* pubblico-privato.
- **Ricerca e sviluppo** per sostenere la sperimentazione di sistemi di misurazione degli impatti sociali in grado di costruire metriche di valutazione delle politiche.

Il primo passo per progredire verso la costruzione degli ecosistemi e la transizione del Terzo Settore conseguente al cambiamento di paradigma in corso può essere intrapreso con la definizione dell'impatto sociale desiderato. Quale spazio di analisi e di riflessione sui servizi di AD da parte di organizzazioni, individui ed istituzioni coinvolte ai vari livelli della filiera dell'assistenza, il procedimento di valutazione dell'impatto, se considerato nella globalità delle diverse fasi che lo compongono e non come mero ed ennesimo adempimento può avviare processi di apprendimento intra- ed inter-organizzativo sulla capacità di una determinata azione di generare valore per la società in generale, individuando anche aree di miglioramento organizzativo.

I processi di valutazione/autovalutazione delle *performance* costituiscono, un forte motore della crescita individuale e organizzativa in quanto, se realizzati, spingono alla ridefinizione degli obiettivi, alla loro misurazione e valutazione, alla definizione di strategie, anche formative, per il raggiungimento dei risultati attesi. La valutazione delle *performance* individuali e organizzative rappresenta una opportunità per la crescita personale e professionale. Partecipare alla valutazione come momento di preparazione e gestione del cambiamento rappresenta la possibilità di trasformazione del presente e di assunzione di scelte e decisioni che portano dentro l'organizzazione nuove conoscenze, nuovi comportamenti (Galeotti, Del Gobbo, 2019; Federighi, 2012).

2.5 Una buona pratica di innovazione dell'AD il caso di Piossasco

Dall'analisi sui fattori abilitanti l'innovazione sociale e dalla riflessione sugli ecosistemi di innovazione fino a qui condotta, emerge una cosiddetta "buona pratica" particolarmente interessante e di ispirazione per la riprogettazione dell'assistenza domiciliare in un ecosistema di innovazione, frutto di strategie di comunità che merita un ulteriore approfondimento, poiché rappresenta un esempio pratico di quanto finora

⁸ Di Dio, Mortari, Maffei (2019), <http://www.rivistaimpresasociale.it/component/k2/item/234-includimi-governance-innovazione-sociale-aree-urbane.html>

illustrato ed è considerata secondo gli indicatori del presente studio “scalabile e replicabile” anche in altri contesti.

L’esperienza si colloca nello spazio lasciato scoperto dal sistema dei servizi di assistenza in Italia, costruito su categorie, ovvero l’assistenza domiciliare e l’assistenza residenziale, da cui poi derivano gli appalti, l’accreditamento, ecc.

Nello specifico si tratta del servizio di assistenza domiciliare attivato nel Comune di Piossasco, in Pimonto, nato come sperimentazione, sviluppata nell’arco temporale tra ottobre 2016 e dicembre 2017, e che è stato messo a sistema.

Il modello di assistenza sperimentato si colloca nel quadro di quello che viene definito *welfare generativo di comunità o di prossimità* e promuove un’azione affidata ad una struttura residenziale (RSA Residenza Sanitaria Assistita) di concertazione fra i diversi soggetti territoriali, per definirne nuovi ruoli e funzioni e divenire attori di un nuovo sistema locale dei servizi di assistenza. In altre parole, il progetto ha previsto l’attivazione di un percorso innovativo a sostegno della domiciliarità attraverso l’apertura al territorio di un nuovo Presidio Socio-Sanitario, che svolga una funzione di “*hub*” per l’integrazione e la riorganizzazione di:

- percorsi prefigurati, servizi esistenti e professioni dell’assistenza socio-sanitaria
- rete territoriale dei servizi di sociali e sanitari di assistenza (es. infermieristica di comunità)
- alleanza virtuosa con alcune aziende o cooperative agricole del territorio per l’approvvigionamento alimentare che danno lavoro a persone svantaggiate, attivando un circuito del riciclo e del recupero (ad esempio pasti ai bisognosi)
- sportello informativo e di orientamento, come sportello specializzato per il supporto ai *caregiver* sui temi della cronicità e della non autosufficienza, come nuovo luogo culturale cittadino di promozione di nuovo capitale sociale,
- collaborazione con il tessuto associativo culturale locale per promuovere eventi pubblici all’interno e fuori della struttura, per utilizzare l’arte come elemento di bellezza e strumento terapeutico, che contribuisce all’incontro con l’alterità, alla contaminazione dei luoghi e all’abbattimento dei pregiudizi e dei muri
- attivazione di un modello organizzativo capace di migliorare la qualità dell’abitare all’interno della RSA per le persone accolte, valorizzandone le competenze attraverso un eventuale loro coinvolgimento in mansioni di gestione dei loro ambienti di vita.

Il *focus* principale è l’apertura della struttura residenziale al territorio, che si trasforma da semplice fornitore di un servizio residenziale, come luogo terminale o l’ultima risposta possibile da mettere in campo da parte del sistema, a risorsa della rete impegnata nell’azione di implementazione e ridisegna il sistema di *welfare* locale, come attore che è in grado di contribuire nell’azione di integrazione tra i diversi servizi e comparti del sistema dei servizi alla persona, come produttore/erogatore di servizi ai quali possono accedere potenzialmente tutte le persone con bisogni socio-sanitari della comunità; come nuovo soggetto che investe sul sostegno alla domiciliarità per innovare e rafforzare luoghi, percorsi di cura e di assistenza domiciliare, come nuovo

soggetto che promuovere una nuova cultura dei servizi, contribuendo così alla crescita culturale e sociale della comunità e del benessere delle persone che l'abitano.

Il progetto prevede l'utilizzo, per gli interventi di sostegno alla domiciliarità, di una *micro-équipe* di operatori professionali, formata da: Operatori Socio-Sanitari, Infermiere, Psicologa, Assistente Sociale. La sperimentazione nasce a seguito dell'istituzione in Regione Piemonte della figura dell'infermiere di comunità. l'infermiere, infatti, assume il ruolo di coordinatore dell'equipe, in stretto rapporto con il medico di medicina generale, e di figura di riferimento per la persona coinvolta, per la famiglia e per il *caregiver*, sperimentando così nuove modalità del prendersi cura della cronicità e della non autosufficienza.

Grazie alle visite programmate, a seguito di una lettera inviata dal Sindaco del Comune, gli operatori attueranno un'azione di ascolto, prevenzione, di accompagnamento, di rilevazione e mappatura dei bisogni - non solo di ordine sanitario o socio-assistenziale - nonché, delle risorse per attivare azioni di contrasto alla solitudine e all'isolamento.

Il punto centrale di questo lavoro è la predisposizione di griglie di analisi della condizione della persona, in cui sono individuati una serie di fattori di allerta, che consentono di monitorare lo stato di salute della comunità, prevenire ed intervenire laddove necessario, sviluppare ed investire sul lavoro di rete e sullo sviluppo di comunità attivando le risorse a disposizione. Al contempo, l'*équipe* facilita l'accesso ai servizi presenti sul territorio sulla base dell'incontro tra domanda ed offerta.

Tipologia di azione	Persone coinvolte
Azioni supportive a domicilio: visita infermieristica, intervento OSS, pasti a domicilio, fisioterapia	72
Azioni di comunità: Gruppi di cammino, promozione volontariato, interventi con le scuole	130
Attività di promozione alla salute attraverso incontri educativi: incontri su ipertensione e dieta	123
Azioni in RSA: animazione, laboratori, supporto OSS (es. bagno, fisioterapia, ecc.), pasti	123
Attivazione Rete: contatti con associazioni e servizi, festa Avulss, compagnia volontario	34
Nessuna azione attivata	141 su 491 (28,72%)

Il dettaglio delle azioni messe in campo dal 1° febbraio 2017 al 30 marzo 2018 (su 491 persone visitate)

(Fonte: Ceccarini, Rao, Pollo, 2018)

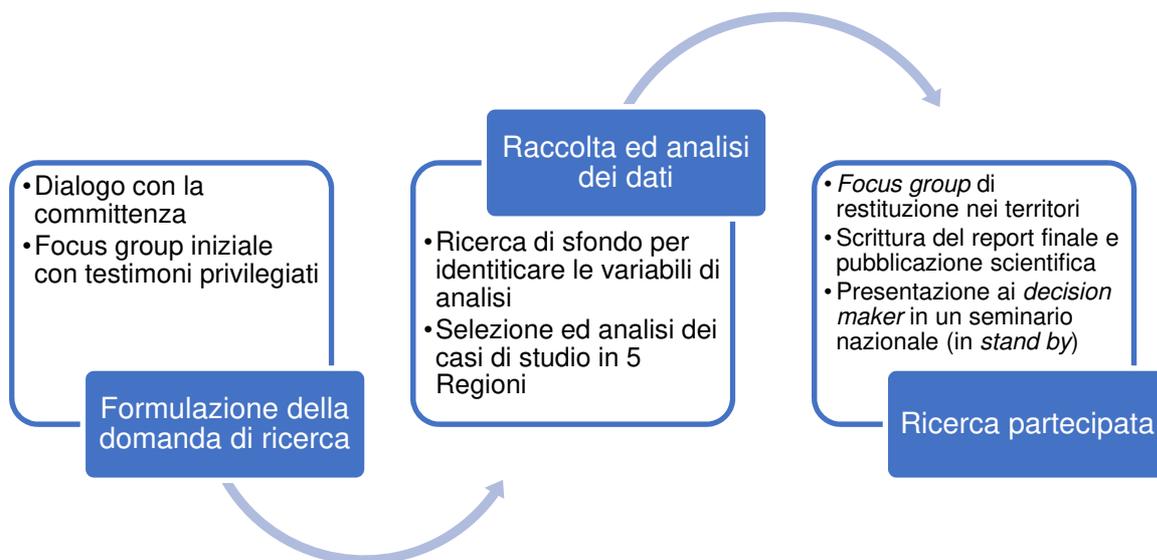
2.6 Il punto di vista dei territori coinvolti

Nella fase finale della ricerca il team di MoCa, d'accordo con il committente, ha sentito la necessità di condividere il lavoro di ricerca realizzato fino a quel momento sia con gli *stakeholder* direttamente coinvolti sia con attori chiave del settore che potevano dare un *feed back* dirimente prima di avviarsi alla conclusione dei lavori. Sono dunque stati realizzati tre tavoli di riflessione su base territoriale – a Firenze (Toscana ed Umbria), Genova (Liguria) e Bergamo (Lombardia e Piemonte) (vedi allegati A.12, A.13, A.14) – che hanno coinvolto circa 60 referenti delle realtà indagate.

I tavoli, facilitati dai ricercatori di MoCa, si ponevano l'obiettivo di presentare i principali risultati della ricerca ed attivare una discussione ed una riflessione fra le organizzazioni al fine di comprendere come promuovere innovazione nei servizi di assistenza, individuando alcune strade percorribili, calate nella realtà specifica dei diversi territori. Obiettivo dei tavoli è stato inoltre chiedere il *feed back* ai partecipanti sulla validità delle ipotesi di *driver* dell'innovazione identificati e sul modello di ecosistema collaborativo dell'innovazione spiegato più sopra. Come momento ulteriore della fase di disseminazione e diffusione della ricerca si pensa di organizzare un incontro in Toscana ed uno in Liguria con i *decision makers* dell'Amministrazione Pubblica, specifico sulla co-progettazione per l'innovazione sociale, partendo dal caso di studio della filiera dei servizi agli anziani affrontata in questa indagine.⁹

In sintesi il modello di ricerca, che di per sé voleva essere innovativo nella dimensione del dialogo e della partecipazione degli *stakeholder*, si è realizzato come segue:

⁹ Questa operazione è attualmente in *stand by* a causa della crisi sanitaria COVID 19, ma si spera che l'iniziativa potrà essere comunque svolta nell'ultima parte del 2020.



A partire dai differenti modelli di progettazione ed erogazione dei servizi che si sono trovati a confrontarsi attorno ai tavoli, è interessante notare come ognuno di questi si sia concentrato spontaneamente su aspetti distinti del sistema.

A Firenze, i partecipanti al tavolo erano membri di organizzazioni che forniscono servizi su gara d'appalto e nel libero mercato in Toscana ed in Umbria. Alcuni di loro hanno riportato esperienze attive in Toscana che assumono elementi dell'ecosistema di innovazione come ad esempio il progetto Pronto Badante della Regione Toscana attivo da 6 anni che offre la possibilità a tutte le famiglie di contattare un numero verde per rispondere ad un bisogno assistenziale di persone *over 65* non autosufficienti¹⁰. Un altro servizio che ripercorre alcuni elementi individuati dalla ricerca è "Atelier Alzheimer", anch'esso istituito dalla Regione Toscana, dopo una fase di sperimentazione iniziale. Si tratta di un laboratorio di stimolazione cognitiva di meccanismi, quali l'attenzione, la memoria, le abilità verbali e le capacità di orientarsi nello spazio e nel tempo, per persone affette da demenza con sintomi comportamentali e cognitivi manifestati lievi o di media entità, con attività volte al contenimento dei sintomi e al mantenimento delle capacità residue dell'anziano. L'obiettivo del progetto

¹⁰ Un operatore, *case manager* individuato si reca presso la famiglia e ne rileva il bisogno. Il servizio di per sé offre un contributo minimo di 300 euro per coprire 30 ore lavorative di un assistente domiciliare. Di fatto con il tempo, l'operatore educa la famiglia ai servizi disponibili sul territorio e facilita la famiglia nella ricerca di personale. Si tratta in breve di un gruppo di lavoro che costruisce e crea rete tra i servizi del territorio. E' operato da professionisti che offrono consulenza, ovvero i *tutor*, gli OSS che orientano la famiglia su l'utilizzo di ausili, da fisioterapisti, assistenti sociali e psicologi. È un progetto elastico perché per una famiglia si possono spendere 2 ore e per un'altra famiglia se ne possono spendere 15. È legato alla lettura del bisogno da parte dell'operatore. Inoltre è un'azione che crea sistema di rete tra tutte le realtà delle associazioni del territorio, delle agenzie private che gestiscono il personale a tutte le associazioni che si occupano di servizi sociali come quelli legati al trasporto sociale. Si ha la percezione che la Regione Toscana stia andando verso la costruzione di un ecosistema territoriale innovativo.

è la stimolazione cognitiva, sociale e sensoriale volta al mantenimento delle capacità elementari dell'utente, utile al miglioramento della qualità di vita all'interno del contesto familiare. Parallelamente, *Atelier Alzheimer* aiuta anche la famiglia ad acquisire maggiori competenze della gestione della malattia a domicilio.

La terza pratica illustrata è il progetto *Home Care Premium* promosso dall'INPS che vede la compartecipazione di diversi attori del privato sociale, le aziende, il pubblico. Ogni soggetto coinvolto ha un ruolo ben preciso disciplinato da una normativa sufficientemente chiara che separa gli ambiti ed i ruoli di ogni organizzazione coinvolta. L'integrazione dei diversi soggetti è sulla base della tipologia di servizio offerto. Gli interventi sono autofinanziati dalla trattenuta dei dipendenti pubblici perché si tratta di un fondo dedicato ai dipendenti pubblici e parenti di primo grado. Si rivolge dunque ad un pubblico specifico e si tratta di un progetto che nasce dalla contribuzione di una specifica categoria.

Dalla discussione è emersi un elemento che accomuna le diverse realtà coinvolte e che riguarda **la formazione del personale ed i professionisti impiegati nei processi di gestione ed erogazione del servizio di assistenza**. La figura dell'assistente domiciliare è al confine con una serie di situazioni, problematiche e di *target* differenti. I percorsi formativi non rispondono più alle esigenze delle società e delle richieste che giungono ai servizi o dei bisogni intercettati. Secondo i partecipanti al tavolo, la formazione di base necessita di essere implementata e rivista, poiché i contenuti dei percorsi formativi non sono adeguati e allineati rispetto alle richieste del mercato e al bisogno. Spesso la formazione si sofferma solo sui contenuti tecnici e non sviluppa le necessarie competenze trasversali. La maggior parte degli operatori provengono da altri settori, a volte sono persone rimaste senza lavoro che si "riciclano" nell'assistenza. Esiste ancora un forte bisogno di apprendere le competenze trasversali rispetto alla gestione della relazione, della malattia, del lutto, della famiglia, rispetto alla varietà della tipologia di utenza ed è per questo necessaria una maggiore attenzione rispetto al profilo professionale ed al percorso di qualifica dell'assistente domiciliare.

Dall'altro lato ci sono enormi difficoltà nel reperire personale: dagli operatori per l'assistenza di base all'educatore professionale. Ci sono poi problemi legati al fatto che la maggioranza degli operatori per l'assistenza di base sono stranieri e dunque c'è la necessità di avviare percorsi che siano in grado di far dialogare culture e visioni del mondo differenti.

Anche al livello di coordinamento è necessario rivedere il profilo professionale e quindi la formazione. La co-progettazione richiede di avere competenze specifiche così come altre azioni che vanno ad implementare l'innovazione nei servizi di assistenza.

Questi elementi conducono a riflettere sul collegamento tra istruzione, formazione e lavoro e sul bisogno di diversificare le competenze ed adeguare i programmi di studio, al fine di far dialogare i bisogni espressi dal mercato del lavoro con i profili in uscita da un percorso universitario.

La capacità di apprendimento nei luoghi di lavoro sta diminuendo per lo scollamento tra ciò che si studia e contesto lavorativo di inserimento. L'esperienza lavorativa che di per sé è fattore di apprendimento rischia di perdere il suo potenziale per assenza di requisiti adeguati ad attivare processi riflessivi, poiché i soggetti vengono catapultati in un mondo che a scuola non hanno imparato a conoscere.

Il tema centrale allora è: come costruire e rinforzare la loro professionalità nei luoghi di lavoro? Come riqualificare la professionalità di questi operatori all'interno di percorsi di studio universitari, di aggiornamento, ecc.?

La discussione nel secondo tavolo territoriale realizzato a **Genova** si è concentrata prevalentemente sull'importanza della **collaborazione pubblico-privato per la gestione della co-progettazione e dei servizi alla persona**. A Genova, una lunga esperienza di co-progettazione e di collaborazione tra *governance* pubblica e Terzo Settore è andata perdendosi negli anni, pur avendo all'attivo esperienze e lezioni apprese importanti. La legge 12 del 2006, la Legge 42 "Testo unico del Terzo Settore" hanno consentito di sviluppare processi e sistemi di co-progettazione che hanno portato ad esternalizzare i servizi socio-assistenziali con l'attivazione di tavoli di condivisione e confronto fra *governance* pubblica Terzo Settore, rappresentato dal Forum Terzo Settore, volontariato e associazionismo. Da questi hanno preso avvio reti tra pubblico e privato che continuano ancora oggi la loro la loro azione soprattutto per essere momento di confronto, ricomposizione dei punti di vista. Il sistema di accreditamento ha messo in discussione tutto ciò, perché se non viene sostenuto da azioni mirate a garantire la collegialità e la collaborazione, non la condivisione di una stessa *vision* di servizio di qualità, rispondente ai diritti delle persone, rischia di essere l'applicazione di un modello neoliberista di assistenza.

È anche vero che il sistema di accreditamento, ampiamente sviluppato a Genova, ha dimostrato anche i suoi benefici e punti di forza: tale sistema infatti richiede un impegno ad un miglioramento continuo, l'attivazione di percorsi di valutazione ed autovalutazione continui. Presuppone una vicinanza ed un monitoraggio continuo tra pubblico e privato e lascia spazio anche per il protagonismo dei cittadini, delle famiglie e dei *caregiver* che possono scegliere l'offerta a loro più consona. In questo sistema l'Ente Pubblico è garante della qualità per i cittadini ed attiva gli sportelli per l'utenza. L'accREDITAMENTO è diventato un'opportunità di autoregolazione e per allargare l'accesso ai cittadini, considerando che le capacità di copertura dell'assistenza domiciliare tradizionale erano sempre più limitate a causa dei tagli costanti allo stato sociale. Questo processo ha potenzialità ancora maggiori di quelle che sono state sfruttate fino a questo momento e per questo c'è bisogno di valorizzare la collaborazione e la co-creazione tipica di un ecosistema locale di innovazione.

È indubbio dunque che tale processo abbia condotto ad un aumento della qualità dei servizi, soprattutto in termini di costruzione di rapporti di fiducia reciproca, cooperazione locale strutturata, ma permane il rischio se non è adeguatamente accompagnato da politiche di integrazione, di frammentazione delle proposte di servizi specifici che non garantiscono la presa in carico totale del bisogno di assistenza.

Il tema fondamentale dunque riguarda la capacità dell'Ente Pubblico di effettuare politiche adeguate. Ciò è stato un elemento che ha co-determinato il vero problema che il servizio di accreditamento di Genova si trova a dover affrontare oggi, ovvero un forte spostamento del servizio verso il badantato, che ha costi minori, ma presenta anche rischi maggiori per le famiglie che si ritrovano, ancora una volta, sole a gestire il bisogno. Questo ricorda anche i risultati del *focus group* della Spezia (il gruppo spezzino per ragioni di lavoro non ha potuto partecipare al tavolo territoriale di Genova, ma è prevista la realizzazione di un tavolo specifico alla Spezia non appena sarà possibile, dopo l'emergenza sanitaria) nel quale emergeva il senso di disorientamento ed inadeguatezza delle famiglie rispetto alla giungla dell'assistenza privata, spesso addirittura confinante con il mercato nero, o all'inaccessibilità dell'assistenza tutelare pubblica, principalmente comunale, riservata a persone con situazioni socio-economiche particolarmente svantaggiate. In una Regione come la Liguria, la più anziana di Italia, sarebbero necessarie secondo gli informanti nuove sperimentazioni di orientamento e supporto alle famiglie, sportelli di ascolto, comunicazione tradizionale, siti web, app o altro, per renderle competenti e capaci a rispondere alla sfida dell'assistenza e della protezione dei propri anziani.

Il terzo tavolo, svoltosi a **Bergamo**, ha visto coinvolto il Comune di Bergamo e le organizzazioni che partecipano alla co-progettazione promossa dal Comune e l'esperienza del comune di Piossasco in Piemonte precedentemente illustrata. La discussione si è sviluppata attorno al tema che in maniera diversa accomuna le due realtà, ovvero **il coinvolgimento della comunità nei servizi di assistenza**, che Bergamo sviluppa con l'azione dei custodi sociali, quali antenne territoriali capaci di intercettare ed analizzare il bisogno e che Piossasco invece vede come azione centrale del sistema di erogazione del servizio di assistenza attraverso il rafforzamento delle reti di prossimità. Dalla discussione sono emersi due elementi fondamentali: il primo riguarda come lo strumento della co-progettazione se non accompagnato da un cambiamento di gestione possa andare a ripetere quelle dinamiche tipiche dell'affidamento dei servizi con gara d'appalto; il secondo l'innovatività e l'efficacia di adottare un approccio comunitario trasversale che si sviluppi soprattutto nell'attivazione delle risorse di diversa natura presenti nel territorio.

In conclusione dal lavoro sui territori sono emerse tre diverse direttive di approfondimento o *driver* di innovazione per l'ecosistema locale:



Conclusioni

Abbiamo riscritto le conclusioni della ricerca nel mese di aprile 2020, subito dopo lo scoppio della pandemia Covid 19, che ci obbliga tutti e tutte ad interrogarci e rimetterci in gioco in termini di politiche ed interventi sociali nell'epoca del "distanziamento sociale". L'emergenza sanitaria, in Italia ed in Europa, ha reso ancor più evidente l'importanza di implementare servizi alla persona su base territoriale e comunitaria, partendo dalle persone, dalle loro risorse, dalle reti in cui sono immerse e dalla capacità della *governance* locale di rispondere ai loro bisogni.

Anestesisti ed operatori sanitari che a metà marzo operavano in Lombardia, nell'epicentro italiano della pandemia, hanno sottolineato l'inadeguatezza dei sistemi sanitari occidentali, costruiti attorno al concetto di assistenza centrata sul paziente. Per affrontare tale situazione sono necessarie soluzioni per l'intera popolazione, non solo per gli ospedali e dunque implementare sistemi di assistenza centrata sulla comunità. Un altro dato sconcertante e che fa riflettere sul sistema di assistenza agli anziani è la percentuale dei decessi nelle strutture a loro dedicate sul totale dei deceduti da Covid-19. L'Istituto Superiore di Sanità, nel suo terzo rapporto sul contagio da Covid-19, ha scoperto che dal primo febbraio al 14 aprile 2020 in queste strutture ci sono stati in tutto 6.773 decessi tra i residenti, di cui il 40% riconducibili al Covid-19. Ciò accade anche nel resto d'Europa.

In epoca di pandemia, tale dato ci fa comprendere come, in relazione al modello di assistenza così come accade per quello sanitario, si debba procedere con un cambio di passo e a un suo ripensamento secondo una prospettiva centrata sulla comunità. La stessa considerazione degli operatori sanitari citati si evince dunque dai risultati della nostra ricerca: l'assistenza domiciliare centrata sulla prestazione è destinata ad essere sempre di più insufficiente ed inadeguata e la co-progettazione tra sistema pubblico e privato sociale deve partire dalla comunità, dalle famiglie, dei caregivers che si sforzano, a volte loro malgrado di trovare e progettare soluzioni, spesso senza nessun aiuto pubblico, ed assicurano il benessere e la qualità della vita degli anziani. In altre parole la progettazione delle risposte è passata in questi anni dall'offerta (l'Ente

locale, il Sistema Sanitario Nazionale) alla domanda (le famiglie, i *caregiver*, gli imprenditori sociali)

Le pratiche innovative indagate possono quindi contribuire alla riflessione per la definizione di modelli centrati sulla comunità. L'infermiere di comunità, la rete dei servizi di assistenza domiciliare, le antenne ed i custodi sociali, fra gli altri, sono aspetti ed iniziative che vanno nella direzione di costruire un modello di assistenza in grado di presidiare il territorio, al fine di coglierne i bisogni emergenti ed attivare le risorse presenti per formulare risposte inedite per i cittadini e nelle quali i cittadini siano pienamente coinvolti. L'innovazione sociale è tale non solo perché sperimenta nuove tecnologie di assistenza, ma soprattutto perché riformula le relazioni fra i diversi attori, pubblici e privati, mettendo in discussione il loro posizionamento nel sistema attraverso i principi dell'orizzontalità e della *leadership* diffusa. L'innovazione sociale inoltre si alimenta di ricerca e co-produzione di nuove conoscenze e competenze: pone sul tavolo l'urgenza della valutazione dell'impatto dell'assistenza domiciliare in termini di benessere sulla società nel suo complesso, quindi di cambiamento della qualità di vita e delle relazioni di tutti e tutte, anche in prospettiva di solidarietà intergenerazionale e quindi non solo degli anziani.

In questi termini, ripensare la filiera cittadino - *caregiver* - famiglia - comunità - Terzo Settore - imprese private e *governance* territoriale socio-sanitaria significa procedere verso un modello non lineare ma sistemico, ovvero considerare tutti questi attori sociali ed imprenditoriali fra loro interconnessi ed in grado di creare una fitta rete di relazioni e legami sociali su scala territoriale capaci farsi carico dei bisogni di assistenza e di fornire risposte adeguate ed innovative. Come i casi studiati, soprattutto quelli di Genova e di Foligno dimostrano, è inoltre creare nuove imprese e opportunità di occupazione dignitosa, risposta ormai dovuta al mare magnum del mercato informale dell'assistenza familiare che si è sviluppato in Italia spesso in forma di sfruttamento del lavoro delle donne, soprattutto straniere, negli ultimi 40 anni.

Il punto fondamentale è agevolare la trasformazione collegata al passaggio da una logica meramente del profitto e della massificazione del risultato e dell'estrazione del

valore dai servizi di assistenza ad una di generazione del valore da e verso le comunità. La dimensione sociale ed imprenditoriale non devono essere visti come un gioco a somma zero, o una o l'altra, ma come uno spazio di ottimizzazione, e non riduzione, degli investimenti per il benessere dei cittadini anziani.

Il grosso lavoro che abbiamo davanti è per certi versi una sfida di tipo culturale, che chiama direttamente in causa la formazione e la riqualificazione di tutti gli attori coinvolti: i referenti politici, assistenti sociali, coordinatori ed operatori dei servizi e non ultime le famiglie stesse. Si tratta di un lavoro che vede interessati la Pubblica Amministrazione, il Terzo Settore, le aziende e anche le organizzazioni ed istituzioni che si occupano di educazione, formazione e ricerca su questi temi.

Non basta solo ridefinire i profili di competenze delle professioni impegnate nella filiera dell'assistenza domiciliare agli anziani, sulla base delle evidenze raccolte e, ad esempio, delle indicazioni dell'Atlante del Lavoro attualmente realizzato da INAPP (ex ISFOL). E' necessario che questo processo di rinnovamento sia fatto coinvolgendo direttamente chi progetta, eroga, gestisce e valuta i servizi in oggetto, al fine di promuoverne le istanze di cambiamento, ivi compreso l'accreditamento dell'Ente pubblico dei servizi privati di assistenza domiciliare, come emerge dalle promettenti esperienze, ad esempio, lombarda e genovese.

Se dovessimo riassumere dunque i nostri risultati attraverso alcuni concetti chiave questi sarebbero:

- Comunità generativa (anche attraverso i suoi attori imprenditoriali)
- Co-progettazione pubblico-privato (per la quale esiste una cornice legale, ma ancora troppo poche sono le sue implementazioni)
- Dignità del lavoro di cura (dei caregiver, delle assistenti familiari, delle OSS, dei professionisti della filiera socio-sanitaria)
- Nuove tecnologie al servizio delle persone (e non il contrario)
- Valutazione di impatto (per dimostrare che quello che facciamo produce cambiamenti positivi e fornire evidenze ai decisori su che cosa funziona e che cosa non funziona)

Ci auguriamo che tutti gli attori coinvolti in questa ricerca si ritrovino in queste riflessioni finali e auspichiamo che questa ricerca, generosamente finanziata dalla Fondazione Socialità e Ricerche, possa rappresentare uno spazio di riflessione ed azione per migliorare la qualità della vita dei nostri anziani, che rappresentano una risorsa fondamentale e preziosa della nostra società.

Giuseppe De Anseris, Gilda Esposito, Glenda Galeotti, Tiziana Mammoliti, Luca Raffini, Marco Zanchi

Bibliografia

- Argyris, C., & Schon, D.A. (1995). *Organizational Learning: Theory, Method, and Practice*. Palo Alto, CA: Addison & Wesley Publication.
- Argyris, C., & Schon, D. A. (1978). *Organizational learning A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ascoli U., Ranci C. (2003), *Il welfare mix in Europa*, Carocci.
- Bassi, A. (2011). Social Innovation: Some Definitions. *Boletín del Centro de Investigación de Economía y Sociedad*, Barcelona, 88.
- Bongiovanni L. (2017), *Il welfare generativo di prossimità. Una riflessione a partire dai dati di esperienza*, <http://prossimita.net/wp-content/uploads/2018/08/2017-WO-Bongiovanni-Ricerca.pdf>
- Brest, P. (2010). The Power of Theories of Change. *Stanford Social Innovation Review*. Disponibile da: http://www.theoryofchange.org/wp-content/uploads/toco_library/pdf/ToCBasics.pdf (10.10.2019).
- Busacca, M. (2013). Oltre la retorica della social innovation. *Impresa Sociale*, pp. 39-54.
- Cappelletti, P., & Lampugnani, D. (2016). Innovazione sociale e generatività sociale: quale trasformazione delle relazioni sociali? *Impresa sociale*, 8. Disponibile da: <http://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/item/175-innovazione-sociale-generativita-sociale/175-innovazione-sociale-generativita-sociale.html?limitstart=0> (10.10.2019).
- Clark, H., & Taplin, D. (2012). *Theory of Change Basics: A Primer on Theory of Change*. New York: Actknowledge.
- Commissione Europea (2016). *Social Enterprises and their Eco-systems: Developments in Europe*. Brussels: European Commission.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Costa, M. (2016). *Capacitare l'innovazione. La formatività dell'agire lavorativo*. Milano: FrancoAngeli.
- Del Gobbo, G. (2016). Valutazione di sistema per una learning organization. *Riferimenti teorici ed esperienze per un modello operativo*. *Pedagogia e Vita*, vol. 74, pp. 172-191.
- Desgagné, S., & Larouche, H. (2010). Quand la collaboration de recherche sert la légitimation d'un savoir d'expérience. *Recherche en éducation*, n. 1.
- Donati, P. (1993), *La cittadinanza societaria*, Bari-Roma, Laterza.
- Dumitru, A., Lema-Blanco, I., Mira, R. C., Kunze, I., Strasser, T. & Kemp, R. (2016). *Social Learning for Transformative Social Innovation*. Oakland, CA: TRANSIT.
- Fabbri, L., & Bianchi, F. (cur.). (2018). *Fare ricerca collaborativa*. Roma: Carocci Editore.
- Fazzi, L. (2013). *Terzo settore e nuovo welfare in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Fazzi, L. (2012). I percorsi dell'innovazione nelle cooperative sociali. In P. Venturi e F. Zandonai (cur). *L'impresa sociale in Italia. Pluralità dei modelli e contributo alla ripresa*. Milano: Altraeconomia.
- Federighi, P. (2018). The core contents of pedagogy for the first degree in Education Sciences. *Form@re - Open Journal Per La Formazione in Rete*, 18(3), 19-36.
- Federighi, P. (2015). How to solve the issue on mismatch between demand and supply of competences. *Higher education of education and training professionals*

- in the social economy. In V. Boffo, P. Federighi, F. Torlone (eds). *Educational Jobs: Youth and Employability in the Social Economy*. Firenze: Firenze University Press.
- Federighi, P. (2012). I processi di apprendimento nel lavoro. In: P. Federighi, G. Campanile, C. Grassi (cur.). *Il modello dell'Embedded Learning nelle PMI* (pp. 43-47). Pisa: Edizioni ETS.
 - Federighi, P. (2006). *Liberare la domanda di formazione*. Roma: Edup.
 - Federighi, P. (1996). *Strategie per la gestione dei processi educativi nel contesto europeo*. Napoli: Liguori.
 - Ferrera M., Maino F. (2012), *Quali prospettive per il secondo welfare? La crisi del welfare state tra sfide e nuove soluzioni*, in Bray M. e Granata M., a cura di, *L'economia sociale: una risposta alla crisi*, Solaris, Roma.
 - Fiol, C.M., & Lyles M.A. (1985). Organizational Learning. *Academy of Management Review*, Vol. 10, No. 4, 803-813.
 - Fondazione Zancan (2013), *Verso un welfare generative, da costo a investimento*, Fondazione Zancan.
 - Frassy, J. (cur.). (2014). *Ridisegnare l'impresa sociale. Criticità e condizioni di successo della costruzione di nuove strategie imprenditoriali*. Disponibile da <https://www.irisnetwork.it/wp-content/uploads/2014/05/Frassy-Jean.pdf> (10.10.2019).
 - Fumagalli A., Giovannelli G., & Morini C. (cur.) (2018). *La rivolta della cooperazione. Sperimentazioni sociali e autonomia possibile*. Roma: Mimesis.
 - Galeotti G., Del Gobbo G. (2019), (2019). *Formazione continua per l'innovazione nel Terzo settore. Una ricerca collaborativa per lo sviluppo professionale degli operatori socio-educativi*. LLL, vol.15/34.
 - Gherardi L. e Magatti M. (2014), *Una nuova prosperità*, Feltrinelli Editore.
 - Haxeltine, A., Pel, B., Dumitru, A., Kemp, R., Avelino, F., Jørgensen, M.S., Wittmayer, J., Kunze, I., Dorland, J. & Bauler, T. (2017). *Consolidated Version of TSI Theory*. Deliverable no. D3.4. TRANSIT Project: Oakland, CA, USA.
 - Housing Lab (2018), *Cohousing. L'arte di vivere insieme*, Altreconomia.
 - ISEA - Institute of Social and Ethical Accountability (2015). *AA1000SES: Stakeholder Engagement Standard. Revision for Public Comment*. Disponibile da: https://www.accountability.org/wpcontent/uploads/2016/10/AA1000SES_2015.pdf (10.10.2019).
 - Iori, V. (2018). *Educatori e pedagogisti. Senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale*. Trento: Erickson.
 - Iori, V. (2017). *La proposta di legge. Disciplina delle professioni di educatore professionale sociopedagogico, educatore professionale socio-sanitario e pedagoga*. In P. Orefice, E. Corbi (cur.). *Le professioni di educatore, pedagoga e pedagoga ricercatore nel quadro europeo* (pp. 435-440). Pisa: ETS.
 - Katz, J. S., & Martin, B. R. (1997). What is research collaboration? *Research Policy*, 26, 1-18.
 - Kemmis, S. (1993). *Action Research and Social Movement*. *Education Policy Analysis Archives*, v. 1. Disponibile da <<https://epaa.asu.edu/ojs/article/view/678>> (10.10.2019).
 - Lodigiani R. e Pesenti L. (2013), *Un welfare plurale "radicale" come via di innovazione socio-istituzionale oltre la crisi*, in "Politiche sociali e servizi", n.1, Milano, Vita e Pensiero.

- Maino F., Lodi Rizzini C., Bandera L. (2016), *Povert  alimentare in Italia: le risposte del secondo welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Maiolini, R. (2015). Lo stato dell'arte della letteratura sull'innovazione sociale. In M.G. Caroli (cur.). *Modelli ed esperienze di innovazione sociale in Italia. Secondo Rapporto sull'innovazione sociale* (pp.23-40). Milano: FrancoAngeli.
- Marsick, V. J., Watkins, K. (1990). *Informal and Incidental Learning in the Workplace*. London: Routledge.
- Melacarne, C. (2018). Ricerca collaborativa come consulenza formativa. Il caso Energypower. In L. Fabbri & F. Bianchi (cur.). *Fare ricerca collaborativa* (pp. 127-148). Roma: Carocci Editore.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative Dimensions of Adult Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2019). Linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attivit  svolte dagli enti del Terzo settore. Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2019/09/12/214/sg/pdf> (10.10.2019).
- Morrissette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative Quel rapport aux savoirs et   la production de savoirs? *Recherches participatives*, Volume 25/2, pp. 35-49.
- Moolaert, F., MacCallum, D., Mehmood, A. & Hamdouch, A. (2017). *Social Innovation as a Trigger for Transformations. The Role of Research*. Bruxelles: European Commission.
- Moolaert, F., MacCallum, D., Mehmood, A. & Hamdouch, A. (2013). General introduction: the return of social innovation as a scientific concept and a social practice. In F. Moolaert, D. MacCallum, A. Mehmood, A. Hamdouch (eds). *The International Handbook on Social Innovation. Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research* (pp. 1-8). Cheltenham UK and Northampton MA: Edward Elgar.
- Murray, R., Caulier-Grice, J. & Mulgan, G. (2010). *The Open Book of Social Innovation*. London: The Young Foundation.
- Nogales, R., & Zandonai, F. (2018). Fare della conoscenza un bene comune: il campo dell'innovazione e dell'impresa sociale. Disponibile da: <https://www.chefare.com/conoscenza-bene-comuneinnovazione-impresa-sociale/> (10.10.2019)
- Orefice, P., Carullo, A., & Calaprice, S. (cur. 2011). *Le professioni educative e formative: dalla domanda sociale alla risposta legislativa*. Padova: Cedam.
- Orlandini, M., Rago, S., & Venturi, P. (2014), *Coproduzione. Ridisegnare i servizi di welfare*.
- Pasquinnelli S. (2017), *Il Welfare collaborative. Ricerche e pratiche di aiuto condiviso*, Irs, Milano.
- Pol, E., & Ville, S. (2009). Social Innovation: Buzz Word or Enduring Term?. *The Journal of Socio-Economics*, 38(6), 878-885.
- Rapoport, L. (1968). Creativity in social work. *Smith College Studies in Social Work*, 38(3), 139–161.
- Senge, P. (1992). *La quinta disciplina*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Schön, D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. San Francisco: Jossey-Bas.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.

- Semeraro, R. (2011). L'analisi qualitativa dei dati di ricerca in educazione. *Giornale italiano della ricerca educativa*, VI/7, pp. 96-107.
- Shani, A., Guerci, M., & Cirella, S. (2014). *Collaborative management research: teoria, metodi, esperienze*. Milano: Raffaele Cortina.
- Shani, A., Mohrman, S., William, A. Pasmore, W. (2008). *Handbook of Collaborative Management Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strasser, T., de Kraer, J. & Kemp, R. (2019). Developing the Transformative Capacity of Social Innovation through Learning: A Conceptual Framework and Research Agenda for the Roles of Network Leadership. *Sustainability*, 11(5), 1304.
- Rogoff, B. (1998). Cognition as a collaborative process. In W. Damon (ed), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language*, (pp. 679-744). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Taplin D., Clark H., Collins E. & Colby D. (2013). *Technical Papers: A Series of Papers to support Development of Theories of Change Based on Practice in the Field*. New York: Actknowledge and The Rockefeller Foundation.
- Venturi, P. (2019). La valutazione d'impatto sociale come pratica "trasformativa". AICCON, Short Paper, 19.
- Venturi, P. (2017). *La questione della misurazione dell'impatto sociale. Proposta di un percorso intenzionale*, <https://www.secondowelfare.it/terzo-settore/la-questione-della-misurazione-dellimpatto-sociale.html>
- Venturi, P. & Zandonai, F. (cur.) (2014). *L'impresa sociale in Italia. Identità e sviluppo in un quadro di riforma*. Trento: Rapporto Iris Network.
- Venturi, P., & Zandonai, F. (cur.) (2012). *L'impresa sociale in Italia. Pluralità dei modelli e contributo alla ripresa*. Milano: Altreconomia.