



La Cura è di Casa

Una partnership tra pubblico,
privato e cittadinanza per l'innovazione
del sostegno alla domiciliarità

di Ester Gubert

WORKING PAPER • 2WEL 1/2020

WORKING PAPER 2WEL

Percorsi di secondo welfare è un Laboratorio di ricerca che si propone di alimentare e diffondere il dibattito sui cambiamenti in atto nel welfare italiano, analizzando, approfondendo e raccontando dinamiche ed esperienze capaci di coniugare il ridimensionamento della spesa pubblica con la tutela dei nuovi rischi sociali, in particolare attraverso il coinvolgimento crescente di attori privati e del Terzo Settore, offrendo dati e riflessioni sulle dinamiche in atto a livello locale, nazionale e internazionale. L'attività di ricerca e disseminazione riguarda in particolare misure e iniziative di secondo welfare che si contraddistinguono per la loro forte connotazione territoriale e l'impiego di risorse non pubbliche provenienti da attori privati, parti sociali e organizzazioni della società civile. Nato nel 2011 come progetto afferente al Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi di Torino e realizzato in partnership con l'Università degli Studi di Milano e il Corriere della Sera, dal 2020 Percorsi di secondo welfare ha assunto una forma giuridica autonoma divenendo Associazione di promozione sociale. Il Laboratorio diffonde le proprie ricerche attraverso il portale online www.secondowelfare.it (diventato una testata registrata nel 2015), i Rapporti sul secondo welfare in Italia, pubblicati a conclusione dei cicli biennali del progetto, e la collana *Working Paper 2WEL*. Tali documenti intendono affrontare il tema del secondo welfare da diversi punti di osservazione, approfondendo dinamiche, opinioni ed esperienze che possano favorire la comprensione di questo argomento, per sua natura ampio ed articolato, nelle sue diverse sfaccettature e dimensioni. Percorsi di secondo welfare, oltre alle attività di disseminazione e ricerca istituzionale, si occupa di realizzare ricerche *ad hoc* per importanti istituzioni pubbliche e private, organizza momenti di dibattito e riflessione, cura percorsi di accompagnamento e formazione per enti interessati a comprendere e realizzare forme di secondo welfare all'interno delle proprie organizzazioni. Il Laboratorio svolge le proprie attività grazie al supporto dei seguenti partner istituzionali: Cisl Lombardia, Compagnia di San Paolo, Edenred Italia, Fondazione Bracco, Fondazione Cariplo, Fondazione CRC, Fondazione Cariparma, Fondazione Cariparo, Fondazione Unipolis, Gruppo CGM, SGBICISL, Welfare Insieme. Negli anni ha inoltre costituito un network composto da soggetti di varia natura che si occupano di ricerca, formazione e disseminazione su diversi temi legati al secondo welfare.



© Percorsi di secondo welfare 2020

Opera completa: Gli annali di Percorsi di secondo welfare. Anno 2020 - a cura di Franca Maino
ISBN 979-12-80161-09-3

WP 2WEL 1/2020
ISBN 979-12-80-161-04-8

www.secondowelfare.it | info@secondowelfare.it

Milano, novembre 2020

La Cura è di Casa

Una partnership tra pubblico,
privato e cittadinanza per l'innovazione
del sostegno alla domiciliarità

di Ester Gubert

Novembre 2020

Abstract

L'esperienza La Cura è di Casa. Una partnership tra pubblico, privato e cittadinanza per l'innovazione del sostegno alla domiciliarità

di Ester Gubert

Il working paper affronta il tema del sostegno alla domiciliarità degli anziani fragili i cui bisogni non trovano adeguata risposta nell'offerta formale, di natura prestazionale e concentrata sulla non autosufficienza, e spesso nemmeno all'interno della famiglia, che ha una morfologia sempre più inconciliabile con il modello di assistenza continuativa italiano. Al fine di contribuire all'individuazione di soluzioni concrete applicabili a livello locale, si propone l'analisi delle strategie e degli strumenti operativi adottati dal progetto *La Cura è di Casa* promosso da un'ampia rete di soggetti pubblici e privati nella provincia del Verbano Cusio Ossola (Vco) e di sette comuni dell'Alto Novarese. L'innovazione dei processi di *governance*, l'organizzazione e il finanziamento dei servizi per anziani ha permesso di introdurre nuove unità di offerta che, oltre a dare risposta ai bisogni di supporto leggero, svolgono importanti funzioni di monitoraggio, prevenzione e promozione della salute. Dall'analisi svolta, gli elementi che risultano cruciali consistono nella costruzione, nel coordinamento e nel mantenimento di una partnership tra attori pubblici e privati che è regolata secondo un modello organizzativo capillare sul territorio e che coinvolge anche la cittadinanza attraverso attività di volontariato e *fundraising*.

Il presente working paper è stato pubblicato anche nella collana [Euricse Working Paper Series](#), n. 106, 2020.

PAROLE CHIAVE

domiciliarità, anziani fragili, non autosufficienza, innovazione sociale, partnership pubblico-privato

L'autrice

Ester Gubert è assistente alla ricerca presso l'istituto di ricerca EURICSE (European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises) e si occupa di temi riguardanti il welfare e le politiche sociali. Educatrice professionale, è laureata all'Università di Trento in Metodologia, Organizzazione e Valutazione dei Servizi Sociali con una tesi di ricerca sull'organizzazione delle risposte a sostegno della domiciliarità di anziani fragili e non autosufficienti. Collabora con il Network Non Autosufficienza.

Indice

Abstract	4
Introduzione	7
1. Il framework analitico	9
2. Il disegno della ricerca	11
3. Il caso studio: La Cura è di Casa	13
3.1 Introdurre una novità	13
3.2 Rispondere a bisogni insoddisfatti	14
3.3 Trasformare le relazioni sociali	16
3.3.1 Governance multistakeholder	17
3.3.2 Organizzazione integrata	17
3.3.3 Attivazione della cittadinanza	19
3.3.4 La ricerca della sostenibilità	20
4. Considerazioni conclusive	21
Riferimenti bibliografici	22

Introduzione¹

Tra le sfide che l'invecchiamento della popolazione pone alla nostra società, attraversata da altri imponenti cambiamenti sociali, economici e culturali, vi è quello del sostegno alla domiciliarità di coloro che vedono progressivamente compromessa la possibilità di gestire le attività della vita quotidiana in autonomia. Nonostante le dichiarazioni di intenti delle linee politiche e programmatiche per incentivarne lo sviluppo, in Italia non è nemmeno appropriato parlare di un "sistema domiciliarità" a favore degli anziani, quanto piuttosto di un insieme di interventi molto frammentato tra competenze sociali e sanitarie e diversi livelli di governo (Fosti e Notarnicola 2018). Alla frammentarietà istituzionale si aggiunge la mancanza di un piano strategico organico che riesca a tener conto non solo dell'incremento quantitativo dei bisogni, ma anche del loro cambiamento in termini qualitativi e di relazione con le mutate condizioni sociali. Si consideri che l'indennità di accompagnamento, principale intervento a favore degli anziani non autosufficienti per maggior copertura e risorse impiegate, è un'erogazione in denaro istituita negli anni Ottanta per giovani adulti con disabilità e che, oltre ad aver visto l'ampliamento del bacino dei possibili beneficiari, non ha subito da allora sostanziali cambiamenti. Il sostegno che offre si limita a essere un risarcimento in denaro (senza vincoli di utilizzo) che è la famiglia a dover gestire in autonomia senza poter contare su alcun tipo di supporto professionale né alcun collegamento con la rete di servizi territoriali (Gori e Luppi 2019). Sul lato dell'offerta di servizi *in kind*, la percentuale di anziani che ne beneficia è decisamente marginale e, potendo usufruire solo di interventi specialistici e puntuali, ha bisogno di integrare l'assistenza con aiuti informali o altri servizi *out-of-pocket* (Tidoli 2017).

Il modello italiano di assistenza agli anziani si sostiene di fatto sulle risorse umane ed economiche della famiglia nonostante la sua nuova morfologia, demografica ma anche culturale, appaia sempre meno conciliabile con questo approccio delegante (Saraceno 2017). Tra i rischi che ne conseguono si sono voluti considerare quelli legati all'area della fragilità² in età anziana. È infatti noto che gli interventi sociali a supporto della domiciliarità - *in primis* il Servizio di Assistenza Domiciliare dei Comuni - hanno perso quella funzione preventivo-promozionale che ne aveva incentivato lo sviluppo. Infatti, per rispondere all'imponente crescita dei bisogni, gli enti locali hanno dirottato le risorse su prestazioni assistenziali per anziani solo parzialmente autosufficienti e nelle situazioni sociali ed economiche più difficili (Tidoli 2017). Manca totalmente quell'anello di congiunzione tra l'invecchiamento attivo, che si rivolge ad anziani attivi e in salute, e i servizi domiciliari assistenziali e infermieristici, destinati sempre più agli anziani più gravi, poveri e soli. Se è grazie agli aiuti interni alla famiglia che si dà risposta ai bisogni legati alla socialità, alla gestione della quotidianità e alla cura e all'assistenza di base (Centola 2016), l'indebolimento dei legami familiari lascia spesso soli anziani che, seppur vivano in autonomia al proprio domicilio, necessitano di questo tipo di supporto. Dall'analisi ISTAT (2018) risulta che più di un quarto degli over 65 sente di non poter contare su nessuno, percentuale che cresce dai 75 anni proprio quando aumentano le difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana a seguito dell'insorgere di limitazioni funzionali (ISTAT 2014). La presenza di reti familiari e comunitarie di sostegno è invece una delle precondizioni necessarie per sostenere efficacemente la permanenza degli anziani al proprio domicilio durante tutto il

1 La ricerca che ha portato alla stesura del presente contributo ha beneficiato del sostegno finanziario della Provincia autonoma di Trento. Una precedente versione di questo lavoro è stata presentata XIII Conferenza ESPAnet Italia, 17-19 settembre 2020, "Il welfare state di fronte alle sfide globali", nella sessione "Le sfide dell'invecchiamento: riflessioni teoriche e buone pratiche, fra pressioni funzionali e inerzia istituzionale".

2 Il termine "fragilità" non ha ancora una definizione universalmente riconosciuta. C'è tuttavia accordo nell'identificarla in una condizione di aumentata vulnerabilità causata da una riduzione delle riserve funzionali, quindi della resilienza agli agenti stressanti sia ambientali che biologici. Questa condizione fa crescere il rischio di eventi negativi inclusa la disabilità, le cadute, l'istituzionalizzazione, l'ospedalizzazione e il decesso, anche a fronte di eventi stressanti di minima intensità (Fried *et al.* 2004).

processo di invecchiamento (Rolls *et al.* 2010): essa incide notevolmente sulla qualità di vita e sul mantenimento delle abilità sociali, cognitive e motorie, riducendo i rischi legati alla solitudine e all'isolamento (Sixsmith *et al.* 2014).

L'area di bisogno al centro del presente lavoro, ovvero la condizione di fragilità in età anziana, non è di per sé "nuova", ma si sta facendo evidente e pressante proprio in ragione dei cambiamenti che vive la nostra società. In questo working paper, ci si è chiesti quali soluzioni innovative - a fronte dell'immobilità delle politiche nazionali - vengono promosse a livello locale per rispondere alla mancanza di supporti leggeri per il sostegno alla domiciliarità. La scelta di analizzare una buona pratica nasce quindi dalla volontà di contribuire alla costruzione di una conoscenza applicata in un settore che necessita non solo di indicazioni generali su che cosa andrebbe fatto, ma anche di esempi concreti che forniscano riferimenti strategici su come è possibile agire. L'analisi delle dimensioni innovative del progetto *La Cura è di Casa* cerca quindi di mettere in luce il suo funzionamento, in termini di strategie e strumenti operativi, perché le evidenze raccolte possano diventare materiale di apprendimento diffuso per l'innovazione del sostegno alla domiciliarità.

1. Il framework analitico

Che cosa esattamente si intenda per “innovazione sociale” è una questione complicata e dibattuta tanto che non vi è ancora una definizione universale e condivisa a cui fare riferimento. Questa indeterminazione spinge a considerarla un “quasi-concetto” che, in quanto tale, si adatta a varie situazioni e rischia di essere utilizzato per dare un volto attraente e nuovo a esperienze tradizionali o a nascondere le lacune lasciate da politiche di austerità (Jenson e Harisson 2013). Riconoscere che questo concetto abbia confini sfumati non significa tuttavia che sia vuoto e senza sostanza, ma rende necessario essere chiari rispetto al suo utilizzo (Tepsie 2014).

Per realizzare l’analisi qualitativa del caso studio La Cura è di Casa, il *framework* analitico di riferimento scelto rinvia alle tre dimensioni che Lampugnani e Cappelletti (2016) individuano come tratti ricorrenti nelle definizioni di “innovazione sociale”: i) la novità, ii) la capacità di rispondere a bisogni sociali insoddisfatti e iii) la trasformazione delle relazioni sociali implicate nella risposta a tali bisogni. Gli autori infatti, invece che tentare di giungere a una definizione condivisa, cercano di mettere in luce quelli che i quattro approcci³ più rilevanti a livello internazionale considerano come snodi cruciali. Sulla base di questo quadro analitico sono state integrate le definizioni di Tepsie (2014), formulata per rafforzare le basi teoriche utili alla pratica e per ulteriori ricerche, e quella adottata da Bureau of European Policy Advisers (BEPA 2010), la più usata nei documenti dell’UE.

La prima dimensione comune è la capacità di introdurre una novità, ovvero nuovi prodotti e processi nell’ambito di un determinato campo dell’agire umano. L’innovatività si qualifica quindi in relazione all’esistente con diverse sfumature a seconda dell’approccio, ad eccezione di quello critico che non ve ne fa esplicito riferimento. Mulgan *et al.* (2006), portavoce dell’approccio pragmatico, pone attenzione all’impatto sociale che l’innovazione ha sul contesto, così anche gli autori “sistemici” per cui le novità introdotte devono riguardare quegli elementi del contesto sociale (es. credenze, *routine* fondamentali) il cui cambiamento si riverbera poi sull’intero sistema (Westley e Antadze 2010). Per l’approccio manageriale l’innovazione non è tale in assoluto ma relativamente alle prassi e agli elementi contestuali già presenti sul territorio. È sulla stessa linea anche la definizione proposta da Tepsie (2014) per cui si può definire “nuovo” ciò che è tale per le persone coinvolte nella sua implementazione.

La seconda dimensione è relativa alla capacità di intercettare e rispondere a bisogni sociali che sono insoddisfatti o perché emergenti o perché, a causa della loro complessità e trasversalità, non trovano risposte soddisfacenti dalle istituzioni. Secondo l’approccio manageriale (Phills *et al.* 2008), vi è sufficiente consenso nella società su quali siano i bisogni e i problemi sociali sui quali è necessario agire per migliorare il suo benessere complessivo (ad esempio, il miglioramento della salute o la salvaguardia dell’ambiente). Gli altri approcci insistono sul fatto che l’innovazione sociale debba occuparsi di quei bisogni “intrattabili” (Murray *et al.* 2010; Westley e Antadze 2010) o “alienati” (Moulaert 2009), rispetto ai quali lo Stato, il Mercato e, per l’approccio pragmatico anche la società civile, non sono stati in grado di trattare adeguatamente. Anzi, proprio il loro malfunzionamento ha inciso sul loro aggravamento e la loro radicalizzazione. Nella definizione proposta da Tepsie (2014) viene sottolineato che ciò che distingue l’innovazione sociale da un qualsiasi altro tipo di innovazione che ha impatti sociali, è proprio il fatto di porsi come principale obiettivo la risposta a uno specifico bisogno sociale. Questa stessa finalità è

3 L’approccio sistemico guidato dal *Waterloo Institute for Social Innovation and Resilience* (Wisir) (Westley e Antadze 2010; Murray *et al.* 2010); approccio pragmatico di cui è principale portavoce (Geogff Mulgan *et al.* 2006); approccio manageriale del *Center for Social Innovation della Stanford Graduate School of Business* (Phills *et al.* 2008) e l’approccio critico sviluppato da Frank Moulaert con un network internazionale di ricercatori (Moulaert 2009). Sebbene questi approcci siano tra i più rilevanti a livello internazionale non sono pienamente rappresentativi rispetto all’intero dibattito, l’analisi rimane quindi parziale.

riconosciuta come centrale anche dal *Bureau of European Policy Advisers* (BEPA 2010) che, così come i promotori dell'approccio manageriale (Phills *et al.* 2008), ritiene che le soluzioni che l'innovazione deve trovare per dare risposta a bisogni sociali insoddisfatti devono essere più efficaci ed efficienti di quelle esistenti. A tal proposito non pare esservi pieno accordo tra gli autori. Lampugnani e Cappelletti (2016), ad esempio, non considerano l'efficacia e l'efficienza come elementi definitivi centrali: in tal caso, infatti, si correrebbe rischio di confondere l'innovazione sociale con un semplice processo di *problem solving*. Vi è invece convergenza sull'idea che essa debba non solo rispondere ai problemi e ai bisogni sociali, ma anche cambiare le relazioni sociali che ne sono implicate.

È proprio questa capacità trasformativa a costituire la terza dimensione trasversale alle definizioni di innovazione sociale. Per l'approccio pragmatico l'innovazione è sociale nei fini come nei mezzi: dovrebbe infatti riuscire, oltre a trovare risposte per bisogni insoddisfatti, a creare nuove relazioni sociali e collaborazioni che agiscono sulle dinamiche alla base degli stessi (Murray *et al.* 2010). L'approccio critico insiste sul fatto che è in questo processo di trasformazione delle relazioni sociali che si trova soluzione ai problemi; esso infatti si caratterizza per essere una mobilitazione politica, un processo di *empowerment* che spinge le persone a farsi carico dei problemi che si verificano nel luogo in cui vivono (Moulaert 2009). Nell'approccio sistemico, i processi che si innescano nel trovare soluzioni a bisogni fanno crescere la resilienza dei sistemi sociali, quindi la loro capacità di risposta anche ad altre possibili minacce (Westley e Antadze 2010). Il BEPA (2010) sostiene che l'innovazione sociale non si possa limitare a portare benefici alla società ma debba anche aumentare la sua capacità di azione. In questo processo di trasformazione è di centrale importanza creare connessioni e collaborazioni e a tal proposito l'approccio manageriale introduce il concetto di *cross-sector fertilization* secondo cui soggetti pubblici e privati, del profit e del non profit, entrano in dialogo per scambiarsi idee e condividere risorse cambiando anche l'assetto dei ruoli che rivestono abitualmente (Phills *et al.* 2008). Nella definizione proposta da Tepsie (2014), le relazioni sociali sono trasformate migliorando l'accesso della specifica popolazione target alle risorse e al potere, andando così a cambiare alcuni assetti iniqui nella società. L'innovazione sociale, inoltre, coinvolge e mobilita i beneficiari in un processo di capacitazione che offre maggiori garanzie relativamente alla rilevanza degli obiettivi che si intendono raggiungere e aumenta la loro consapevolezza, le loro competenze, la dignità e la stima di sé. Questo aspetto è comune anche all'approccio sistemico, a quello pragmatico e a quello critico e serve anche a qualificare il tipo di relazioni sociali che dovrebbero essere trasformate.

Se i tratti essenziali e caratterizzanti l'innovazione sociale forniscono una cornice analitica generale, per entrare più nel dettaglio su quali possano essere le possibili linee di sviluppo nel campo dell'assistenza agli anziani si è preso a riferimento il lavoro di Razetti (2018). L'autore ha analizzato i progetti innovativi finanziati dall'Unione Europea nell'arco di una decina di anni nel campo dell'invecchiamento e del *long-term care* al fine di delineare quali specifiche configurazioni assume il concetto di "innovazione sociale". Quando questa investe i processi si verifica il coinvolgimento di tutti gli attori sociali interessati, pubblici, privati non profit e for profit, il mondo dell'associazionismo e del volontariato fino alle associazioni di rappresentanza, nelle funzioni di co-design e co-produzione, finanziamento, organizzazione, *governance*, monitoraggio e valutazione. Essi infatti, pur operando nello stesso settore, tendono spesso a lavorare in modo separato, e cambiare le modalità di relazione significa innescare meccanismi di partecipazione attiva e paritaria ai processi decisionali, di collaborazione piuttosto che di competizione, di coinvolgimento anche degli stessi beneficiari delle attività. L'innovazione dei prodotti si concretizza nella ricerca di soluzioni per la prevenzione e la riabilitazione, l'accessibilità e la continuità assistenziale, l'autonomia e la domiciliarità e la garanzia di qualità nell'assistenza.

2. Il disegno della ricerca

La ricerca nasce per comprendere se e quali innovazioni sociali siano state promosse a livello locale (comunale o provinciale) con l'obiettivo di sostenere la domiciliarità di anziani fragili con attività di sostegno alla gestione della quotidianità, di socializzazione e invecchiamento attivo. Si è quindi scelto di analizzare una singola esperienza in modo da individuare in maniera più dettagliata quali strategie e strumenti operativi sono stati adottati per introdurre innovazioni e cambiamenti nell'organizzazione locale dei servizi. Si è voluto porre attenzione al "come" sia possibile costruire delle risposte per quest'area di bisogno emergente e largamente insoddisfatta dall'offerta formale, nel tentativo di contribuire alla costruzione di una conoscenza applicata nel settore, quindi capace di fornire anche riferimenti ed esempi concreti utili alla pratica.

Il caso La Cura è di Casa è stato individuato attraverso l'analisi secondaria di fonti non convenzionali che hanno permesso di intercettare le esperienze innovative emergenti a livello locale per il sostegno della domiciliarità. In particolare sono stati presi a riferimento: articoli di riviste specialistiche (Vita; Percorsi di secondo Welfare; Servizi Sociali/Welfare Oggi; Prospettive Sociali e Sanitarie; I Luoghi della Cura; Lombardiasociale; Welforum); rapporti di ricerca con finalità affini (Provvedi 2015; Giunco 2014; Tidoli 2017); la banca dati de "La Bottega del Possibile"⁴; i bandi "Welfare in Azione" di Fondazione Cariplo e "Welfare a Km0" di Fondazione Caritro. Dalla rosa di casi intercettata sono stati selezionati quelli che si pongono l'obiettivo di fornire supporto a bassa soglia per anziani fragili che vivono al proprio domicilio e ne sono state analizzate le principali strategie (cfr. Euricse e Fap-Acli 2019). Il caso studio è stato quindi scelto sulla base delle dimensioni caratterizzanti l'innovazione sociale secondo il framework analitico sopra descritto. La Cura è di Casa infatti non si limita ad offrire nuove risposte a bisogni insoddisfatti, ma agisce anzitutto sull'innovazione dei processi sia di governance, organizzazione, finanziamento che di intercettazione del bisogno, presa in carico ed erogazione delle risposte. Si è ritenuto che potesse essere considerata una good practice proprio in ragione dello stretto legame tra innovazione di prodotto e processo⁵, dei risultati ottenuti dal suo avvio (2016), dell'incessante ricerca di nuove forme di sostenibilità, quindi di continuità (un aspetto spesso critico nel campo dell'innovazione sociale) e della resilienza dimostrata durante il periodo di emergenza sanitaria causata dalla diffusione della Covid-19.

Il caso è stato analizzato e approfondito con interviste semi-strutturate ai soggetti che fanno parte della cabina di regia del progetto, in capo al Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano, e che ne coordinano le principali azioni, in particolare: Chiara Fornara, referente e responsabile del coordinamento del progetto assieme a Paola Bazzoni, project manager e con funzioni organizzative e amministrative, Claudia Ratti, manager operativa, responsabile dell'attivazione della comunità, del coordinamento degli operatori e della comunicazione. Le informazioni raccolte sono state integrate con l'analisi di documenti interni prodotti con finalità valutative e comunicative: schede di monitoraggio a conclusione del terzo anno (aprile 2019), scheda prototipo del progetto finalizzata a modellizzare il sistema (autunno 2019), scheda di analisi delle figure professionali di network manager e care planner, flyer di comunicazione finale del progetto (agosto 2020) e scheda di valutazione finale (in corso di completamento 2020).

4 "La Bottega del Possibile" è un'Associazione di Promozione Sociale con sede in Torre Pellice (TO) che ha come finalità la diffusione della cultura della domiciliarità. Tra le attività che promuove l'Associazione ha un centro di documentazione in cui vi è la raccolta di numerose esperienze di sostegno alla domiciliarità e all'abitare sociale in Italia (www.bottegedelpossibile.it).

5 Il caso è stato preso a riferimento anche all'interno del rapporto di ricerca di Euricse (2020) sulla riforma del welfare anziani nella Provincia di Trento quale pratica di innovazione dei processi nell'organizzazione del sostegno alla domiciliarità a livello locale.

Questo materiale informativo ha permesso di giungere a una maggiore comprensione delle diverse azioni del progetto, focalizzando le strategie e gli strumenti operativi che ne hanno facilitato l'implementazione, gli ostacoli e l'impegno richiesto in termini di risorse umane e finanziarie. Questi elementi sono stati quindi rielaborati secondo le tre dimensioni del *framework* analitico (che, come abbiamo visto nel §1, riguardano: la capacità di introdurre una novità, di rispondere a bisogni insoddisfatti e di trasformare le relazioni sociali) e tenendo conto di come - per ciascuna di esse - l'innovazione sociale nel settore dell'assistenza agli anziani si concretizzarsi a livello di prodotti e di processi.

3. Il caso studio: La Cura è di Casa

Il progetto *La Cura è di Casa* ottiene nel 2016 il finanziamento della Fondazione Cariplo sul bando “Welfare in Azione” per offrire supporto agli anziani della provincia del Verbano Cusio Ossola (Vco) e di sette comuni dell’Alto Novarese. Vi partecipa una rete composta da 23 soggetti pubblici e privati tra cui la Provincia del Verbano Cusio Ossola (in funzione di capofila), i tre Consorzi dei Servizi Sociali del Vco, l’Azienda Sanitaria Locale, alcune Residenze Sanitarie Assistenziali, organizzazioni di volontariato, tre Fondazioni erogative e il centro di ricerca Cremit dell’Università Cattolica Sacro Cuore di Milano. Il partenariato numeroso e vario è infatti funzionale al principale obiettivo che il progetto intende raggiungere, ovvero ricomporre in un quadro unitario gli interventi a favore della popolazione anziana e, in particolare, di coloro che, pur mantenendo un discreto livello di autonomia, sono soli e rischiano l’isolamento e gli effetti negativi che questo può avere sul piano fisico-motorio, cognitivo ed affettivo. Il coordinamento e la messa in comune di competenze e risorse dei diversi soggetti che operano nel settore ha quindi lo scopo di ricomporre in filiera interventi di supporto a bassa soglia e di integrarli con nuove iniziative di prevenzione e invecchiamento attivo. Oltre alle risorse formali dei soggetti, le azioni progettuali cercano di mettere a sistema e attrarre le risorse informali della cittadinanza in un’ottica di welfare di comunità, attraverso azioni di *people raising* e *fundraising*. Il progetto ha quindi sviluppato un’offerta diversificata per anziani attivi e in salute (ad esempio, corsi di ginnastica dolce, passeggiate, eventi culturali e di socializzazione) allo scopo di favorirne un invecchiamento attivo e per coloro che sono in una situazione di maggiore vulnerabilità sia sociale che psico-fisica con interventi a bassa soglia (come disbrigo di faccende domestiche, movimentazione attiva, consegna pasti, accompagnamenti, sorveglianza nell’assunzione della terapia) per promuoverne la salute e la qualità della vita e per agire in senso preventivo.

In ciascuna delle sezioni che segue, il caso di studio è analizzato alla luce delle tre dimensioni di analisi che, come detto (vedi §§ 1 e 2) caratterizzano l’innovazione sociale e riguardano la capacità di introdurre una novità, di rispondere a bisogni insoddisfatti e di trasformare le relazioni sociali.

3.1 Introdurre una novità

La prima dimensione caratterizzante l’innovazione sociale, ovvero la capacità di introdurre una novità, si rende evidente innanzitutto in relazione alle caratteristiche del contesto in cui essa si sviluppa. Così come emerso dalle interviste e dai documenti analizzati, l’idea progettuale de *La Cura è di Casa* nasce dall’identificazione di alcune aree di criticità emerse dall’analisi del contesto sociale, territoriale e dell’offerta di interventi sociosanitari a supporto della domiciliarità, quindi dalla volontà di trovarvi delle soluzioni “nuove” rispetto a quelle esistenti. Si era osservato che, tra gli anziani che vivono in autonomia al proprio domicilio, sono quelli soli e con lievi limitazioni funzionali che rimangono maggiormente scoperti da forme di supporto formale e informale. Da una parte infatti, avendo bisogni di lieve intensità, essi non trovano risposte nell’offerta di servizi sociosanitari che, stretta da risorse sottodimensionate, si rivolge alle persone non autosufficienti o in stato di emergenza. Dall’altra, l’indebolimento dei legami sociali aumenta il rischio di solitudine e isolamento soprattutto per quegli anziani che vivono in territori periferici e montani più lontani dai servizi essenziali e che non possono contare su una fitta rete sociale. L’altra forte criticità rilevata in sede di ideazione del progetto riguarda le relazioni istituzionali tra i soggetti, pubblici e privati, che nel territorio si occupano di welfare per anziani. L’abitudine a lavorare in maniera separata e la mancanza di forme di coordinamento e di integrazione contribuivano a incrementare la frammentarietà degli interventi e quindi a minarne l’efficacia e l’efficienza. A ciò si aggiunge la frammentazione del territorio stesso che è diviso in numerose realtà amministrative (85 comuni) che riflettono anche eterogenee appartenenze territoriali.

A fronte di tale analisi di contesto, il progetto si è proposto di completare e integrare l'offerta di supporto per anziani che vivono al proprio domicilio introducendo nuovi prodotti (di invecchiamento attivo, di socializzazione e assistenziali) ma agendo anzitutto sull'innovazione dei processi di *governance*, organizzazione e finanziamento. La collaborazione sinergica dei diversi partner e il coinvolgimento della cittadinanza in attività di volontariato hanno permesso di offrire un pacchetto di interventi "leggeri" che prima non c'erano o venivano erogati in maniera frammentata. L'importante novità introdotta si rileva proprio nel lavoro di connessione, coordinamento e messa a sistema delle risorse pubbliche e private già presenti a livello territoriale. Questo lavoro viene promosso attraverso un sistema gestionale e organizzativo che adotta logiche di integrazione e sussidiarietà e di welfare di comunità.

Il sistema di *governance* del progetto si compone infatti di una cabina di regia, con ruolo di coordinamento, *management* e rendicontazione, e un'assemblea dei partner che riunisce il livello dirigenziale dei vari soggetti coinvolti ed assolve alle funzioni di monitoraggio, progettazione e programmazione, distribuzione e allocazione del budget. Vi è poi un livello di *governance* operativo che è gestito da due figure professionali, il *network manager* e il *care planner*⁶ che operano in ognuna delle otto aggregazioni territoriali in cui è stato suddiviso il territorio della provincia per intercettare potenziali beneficiari e offrire loro un programma di supporto personalizzato. I servizi sono quindi erogati da operatori appartenenti alla rete dei partner (OSS, fisioterapisti, infermieri, psicologi) e da quella del volontariato per le attività che non richiedono specifiche competenze professionali.

3.2 Rispondere a bisogni insoddisfatti

Rispondere a bisogni che non sono adeguatamente soddisfatti né dalle istituzioni né dalla rete sociale e familiare è, come già emerso, una delle principali ragioni del progetto. Sebbene non sia possibile quantificare il grado di copertura che i servizi de *La Cura è di Casa* hanno raggiunto relativamente al target degli anziani fragili – non essendoci una stima precisa del loro numero totale – i risultati del progetto a quattro anni dall'avvio (2016–2020) sono soddisfacenti. Gli anziani raggiunti sono 751 (di cui il 90% ha usufruito dei servizi) e costituiscono un numero rilevante se messo a confronto con quello dei beneficiari di un servizio strutturato come il Servizio di Assistenza Domiciliare che raggiunge nello stesso territorio tra gli 800 e i 900 anziani⁷. Il risultato più rilevante ottenuto dal progetto riguarda le caratteristiche degli anziani raggiunti: essi infatti costituiscono un target completamente nuovo per i servizi territoriali. Le aspettative stesse dei partner di progetto erano differenti: se ci si attendeva di intercettare anziani nella fascia di età compresa tra i 65 e i 75 anni e con un grado di vulnerabilità lieve, l'età media degli anziani raggiunti è stata pari a 81,4 anni e i bisogni espressi e rilevati – pur riguardando sempre la gestione della quotidianità e il mantenimento di una vita sociale attiva – hanno segnalato un livello di gravità superiore a quello atteso. Ciò ha anche richiesto di revisionare *in itinere* gli strumenti di valutazione inizialmente predisposti al fine di includere fra i possibili beneficiari anche gli anziani con maggiori difficoltà. Sono state inoltre individuate persone per le quali l'offerta de *La Cura è di Casa* non è sufficiente a soddisfare le loro esigenze (elemento confermato anche dall'analisi di *customer satisfaction*⁸) e per le quali, nel corso dell'ultimo anno, è stata attivata una nuova

6 Il *network manager* è una nuova figura professionale che ha il compito di coordinare le risorse umane e finanziarie di un'aggregazione territoriale allo scopo di gestire le domande di assistenza e l'erogazione delle prestazioni. Tale figura può appartenere a partner pubblici o privati ed essere ricoperta da professionalità molto differenti (ad esempio, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, responsabili amministrativi). Il *network manager* lavora in stretta sinergia con uno o più *care planner*, termine con il quale si è voluto identificare il nuovo ruolo assegnato all'assistente sociale a cui spetta la valutazione del bisogno al domicilio dell'anziano e la predisposizione del progetto di intervento assieme al *network manager*.

7 Nel 2017, gli utenti dell'assistenza domiciliare comunale nella provincia del Verbano Cusio Ossola sono stati 568, cui vanno aggiunti quelli dei comuni dell'Alto Novarese di cui si dispongono i dati per l'intera provincia di Novara e in cui gli utenti sono stati 345 (ISTAT, 2020).

8 È stata condotta da un esperto esterno che ha somministrato telefonicamente un questionario a un campione di 110 anziani.

progettualità⁹. Un altro risultato inaspettato è stato intercettare numerosi giovani anziani (65-75 anni) attivi e in salute che, oltre a prendere parte alle iniziative di invecchiamento attivo, sono diventati volontari del progetto.

Occuparsi di un bisogno che si percepiva come urgente e largamente insoddisfatto ha quindi permesso non solo di conoscere più nel dettaglio le sue caratteristiche, ma ha anche migliorato la capacità di lettura del territorio in termini di ulteriori necessità e di risorse potenziali non sfruttate. Questo è stato possibile sia con la proposta di nuovi prodotti (servizi assistenziali di prevenzione e a bassa soglia), ma soprattutto attraverso l'innovazione dei processi di intercettazione del bisogno che ha prodotto ricadute positive su una popolazione più ampia di quella target. Sono state, in particolare, adottate e sviluppate strategie di welfare di iniziativa, secondo cui non si attende che il bisogno diventi domanda per essere soddisfatto ma si agisce per cercarlo attivamente ancora quando latente o inespresso.

Innanzitutto, *La Cura è di Casa* ha curato molto la comunicazione del progetto, aspetto centrale in progettualità finalizzate alla prevenzione e alla promozione della salute, ma spesso trascurato nel settore dei servizi sociali. La mancanza di dimestichezza nel comunicare con un linguaggio che non fosse tecnico e di utilizzare diversi mezzi di trasmissione delle informazioni ha richiesto l'acquisizione di nuove competenze da parte degli operatori sociali, oltre al supporto di professionisti. L'esperienza maturata, anche per prove ed errori, ha portato ad individuare alcune strategie efficaci, a cominciare dall'impiego di un ampio ventaglio di strumenti e mezzi di comunicazione (*brochure*, pagina Facebook, articoli di giornale e video diffusi sul sito, sul canale Youtube e sulla pagina Facebook) che veicolano messaggi differenziati a seconda del tipo di destinatario cui si rivolgono¹⁰. Inoltre, la creazione di un logo, di un modello di comunicazione unico e l'utilizzo di un linguaggio semplice sono stati identificati dagli intervistati come i principali elementi che hanno contribuito a far conoscere il progetto e ad accrescerne l'affidabilità e la riconoscibilità sul territorio. Dopo aver sperimentato la promozione di eventi e iniziative specifiche per la comunicazione del progetto, si è progressivamente preferito agganciarsi a quelli già presenti e programmati in quanto è risultato più strategico ed efficace creare legami e collaborazioni con gli attori del territorio piuttosto che proporsi in modo isolato. La stessa logica è stata adottata anche con lo sviluppo di un "passaparola strutturato" che ha coinvolto quindi alcuni soggetti chiave della comunità (come il parroco e i "circoli anziani") per la diffusione delle informazioni e l'intercettazione di possibili beneficiari. Altrettanto vincente è stata la flessibilità del piano di comunicazione, ovvero la capacità di adattare strumenti e messaggi a specifiche situazioni.

La necessità di intercettare un bisogno poco conosciuto ha richiesto anche un'innovazione dell'approccio professionale degli operatori sociali che fosse maggiormente all'insegna della proattività e della prossimità al territorio. Il primo compito del *network manager* e del *care planner* consiste infatti nell'individuare gli anziani che potrebbero aver bisogno degli aiuti forniti dal progetto e ciò avviene tramite le segnalazioni che sono fatte da operatori e volontari. Un sistema che si sostiene su un'organizzazione diffusa e capillare grazie alla divisione del territorio in aggregazioni territoriali, all'ampia rete di partner e al lavoro di attivazione della cittadinanza. Inoltre, nel metodo di lavoro che è stato sviluppato, è il *care planner* che contatta l'anziano e che, sulla base del suo consenso e interesse, pianifica una visita al suo domicilio per una prima valutazione dei bisogni. Si noti che non è la "visita domiciliare" l'aspetto di innovazione, quanto il processo di attivazione che, nel caso non ci fosse un'esplicitazione della domanda, avviene su iniziativa del professionista e non della persona in situazione di bisogno. Per quanto i risultati raggiunti siano sod-

9 Si tratta del progetto "We Care Vco" finanziato dalla Regione Piemonte con il Fondo Sociale Europeo e il Fondo Europeo Sviluppo Regionale. Oltre alla rete dei partner de *La Cura è di Casa*, vi collaborano: Ciss Verbano, Ciss Cusio, Ciss Ossola, Fondazione Comunitaria del Vco, AURIVE e Cooperativa Sociale La Bitta.

10 Il progetto infatti non si rivolge solo alla popolazione anziana che ne beneficia, ma anche ai cittadini che possono avere un ruolo attivo al suo interno come volontari o donatori.

disfacenti, rimane la difficoltà a intercettare e raggiungere anche gli anziani che vivono lontano dai centri urbani nelle zone più marginali della provincia. Un aspetto quindi che resta critico e per il quale vi è già l'esplicita intenzione, da parte dei partner del progetto, di trovare delle soluzioni al problema della distanza, del trasporto e di una rarefazione delle reti sociali più evidente rispetto alle città e ai paesi più popolosi.

La capacità di rimodulare l'offerta e attivare nuove risorse per dare risposta a bisogni emergenti e insoddisfatti è stata certamente messa alla prova proprio dai recenti eventi legati all'emergenza sanitaria causata dalla diffusione della Covid-19. Le restrizioni anti-contagio hanno costretto molti anziani ad auto-isolarsi, il progetto a sospendere le attività di promozione della comunità e a limitare drasticamente quelle di volontariato, gestite per la maggior parte da soggetti a rischio perché a loro volta anziani. Essi si sono quindi dedicati principalmente ad attività di supporto a distanza con le chiamate di compagnia e di monitoraggio "Ti chiamo io" (già attive all'interno del progetto per iniziativa di alcuni volontari) e altri numerosi gesti informali di solidarietà e vicinanza. Sono stati invece coinvolti e attivati alcuni giovani volontari per la consegna della spesa e dei farmaci a domicilio e si è mantenuta e rafforzata la consegna pasti svolta dagli operatori professionali. Si è poi lavorato per sistematizzare e diffondere le informazioni relative ai servizi di prima necessità rivolti agli anziani con la mappatura "La Cura viene a Casa" in cui erano indicate, per ogni comune, le iniziative di consegna pasti e farmaci a domicilio attivate dalle piccole botteghe e dalle farmacie in collaborazione con le amministrazioni comunali e i volontari. Anche la tecnologia è stata sfruttata per mantenere i legami e ridurre i rischi dell'isolamento e dell'inattività¹¹ scoprendola come un possibile volano di sviluppo e innovazione di alcuni servizi tradizionali anche assieme all'Asl e ai Medici di Medicina Generale. La reazione di resilienza a questo "stress-test" non ha visto *La Cura di Casa* come unica protagonista, ma si è mossa con una rete di attori del territorio ben più ampia del suo partenariato a riprova della capacità di coinvolgimento e partecipazione di tutta la comunità nel prendersi cura delle persone anziane, aspetto che rientra nella terza dimensione dell'innovazione sociale.

3.3 Trasformare le relazioni sociali

Il sottotitolo che spesso accompagna il logo de *La Cura è di Casa* recita: "*La comunità per il benessere della persona anziana*". Esso esprime in estrema sintesi i due elementi essenziali del progetto: prendersi cura degli anziani e farlo con la comunità attraverso la promozione di una nuova cultura organizzativa che vede collaborare soggetti pubblici e privati e dove gli stessi cittadini hanno un ruolo attivo. L'intenzione è modificare le modalità di relazione tra quegli attori sociali che possono intervenire sui bisogni degli anziani fragili ed evitare che rimangano insoddisfatti. Si agisce quindi su alcune delle condizioni alla base del bisogno e lo si fa creando nuove connessioni e partnership anche rompendo con alcuni schemi di lavoro e ruoli legati all'appartenenza istituzionale. Il fine è promuovere una responsabilizzazione diffusa rispetto ai problemi e ai bisogni della comunità e favorire l'integrazione e la contaminazione tra competenze. La trasformazione delle relazioni sociali avviene quindi a partire dalla *governance* che è *multistakeholder*, investe poi l'organizzazione dei professionisti che è tesa all'integrazione tra pubblico e privato, sociale e sanitario e infine coinvolge la cittadinanza stessa a cui viene chiesto di partecipare mettendo a disposizione risorse materiali e immateriali.

11 Ad esempio, è stato creato un gruppo WhatsApp "Giù dal divano", gestito da professionisti laureati in Scienze Motorie, in cui periodicamente venivano condivisi esercizi di ginnastica dolce e automassaggio per contrastare i danni della sedentarietà. Inoltre, su finanziamento della Fondazione Compagnia di San Paolo (all'interno del bando "Intrecci 2019") sono stati acquistati alcuni tablet per gli anziani nelle RSA della provincia del Vco al fine di aiutarli a mantenere, attraverso videochiamate, il contatto con i propri familiari.

3.3.1 Governance *multistakeholder*

La *governance* del progetto è *multistakeholder* e adotta una logica di “partnership paritaria” in quanto si prevede che nell’assemblea dei partner ogni soggetto, pubblico o privato, prenda parte alle decisioni gestionali sulle attività e su come allocare le risorse finanziarie per ogni aggregazione territoriale. La condivisione della responsabilità è stata una scelta strategica vincente perché ha permesso innanzitutto di coordinare efficacemente e in modo ordinato l’azione di tutti i diversi partner. Nelle Assemblee, ad esempio, sono state coinvolte fin da subito le associazioni di volontariato per la progettazione e l’implementazione delle attività di *people raising* e *fundraising*. Allo stesso tempo, il fatto che i Servizi Sociali, l’Asl, il Terzo Settore fossero seduti allo stesso tavolo per decidere come gestire il budget ha reso ogni soggetto corresponsabile nel suo utilizzo e ha rafforzato la coesione della partnership perché vi è un interesse forte e condiviso a farne parte. La presenza di soggetti di natura molto diversa ha anche facilitato l’emergere di idee innovative per lo sviluppo delle azioni, concretizzando il processo di *cross-sector fertilization*. Se la *governance* è considerata dagli intervistati il punto di forza e il fiore all’occhiello di questo progetto, essa è anche quel “meccanismo” che, più di altri, ha richiesto un importante investimento di tempo e competenze professionali. Non avrebbe avuto la stessa efficacia se non fosse stata guidata e coordinata da una cabina di regia forte e con la capacità di coordinare e facilitare le relazioni, innescare processi di partecipazione e negoziazione. Gli incontri dell’assemblea sono periodici, ogni tre mesi, un impegno che per ogni partner si è andato a sommare a quelli ordinari. Sono stati però necessari per mantenere coesa la partnership, per monitorare con costanza l’andamento del progetto e attuare, qualora fosse necessario, degli aggiustamenti. Uno dei primi “errori” compiuti è consistito nel non aver considerato che, una volta costituita, la *governance multistakeholder* per funzionare avrebbe richiesto un costante lavoro di manutenzione dei legami collaborativi, attività che è poi rientrata tra gli impegni strutturali del progetto. Inoltre, sebbene l’ampio partenariato sia considerato un aspetto di peculiarità del progetto, si è anche rivelato un punto di debolezza dal momento in cui rende più complessa la gestione del lavoro e richiede tempi decisionali e organizzativi più lunghi. Infatti, nella prospettiva di dare solidità e continuità ai servizi introdotti passando dalla logica del progetto a quello di un vero e proprio servizio, gli intervistati credono che questo sistema di *governance* debba essere maggiormente strutturato, istituendo ad esempio un organismo con personalità giuridica, ma anche snellito ed efficientato nel suo funzionamento.

3.3.2 Organizzazione integrata

Il livello operativo della *governance* vede come figure centrali il *network manager* e il *care planner*, i cosiddetti “attivatori di comunità”, che svolgono un’importante funzione di integrazione tra il livello decisionale e quello organizzativo. Rispetto al budget, ad esempio, è il *network manager* a curarne la gestione operativa per l’aggregazione territoriale di propria competenza recependo e negoziando con le decisioni dell’assemblea dei partner per rispondere alle richieste di attivazione delle progettualità assistenziali che portano i *care planner*. A questa integrazione verticale tra livelli di governo si associa quella orizzontale, quindi tra assistenza formale¹², pubblica e privata, ed informale, fornita dai volontari. Gli elementi-chiave di questo modello organizzativo sono principalmente tre: la divisione in distretti sociali, il ruolo degli attivatori di comunità e la piattaforma gestionale informatizzata.

Rispetto al primo elemento, la suddivisione della provincia in aggregazioni territoriali ha facilitato il coordinamento dell’azione tra i diversi partner perché ha introdotto una logica di lavoro che aiuta a superare la separazione dettata dai ruoli e dalle appartenenze istituzionali e ha posto come priorità il raggiungimento di un obiettivo comune all’interno dello stesso distretto sociale. Si è creata quindi una situazione che ha ribaltato la consueta suddivisione dei ruoli in cui operatori di organizzazioni pubbliche o private coordinano l’azione di professionisti di altri enti o residenze assistenziali. Va tuttavia evidenziato che - se si è

12 Gli operatori attivi nel progetto sono circa 140 ed appartengono a una dozzina di organizzazioni differenti.

consolidato il coordinamento tra i Consorzi dei Servizi Sociali e i partner privati - quello con il comparto sanitario si limita per ora ai momenti di raccordo già consolidati nell'organizzazione dei servizi come con l'Unità di Valutazione Geriatrica. Le aspettative e le direzioni di sviluppo del progetto vedrebbero invece un maggior coinvolgimento e un'integrazione più stretta con l'Azienda Sanitaria Locale. I fattori ostacolanti non risiedono né a livello istituzionale (la Asl è infatti anch'essa parte dell'assemblea dei partner e quindi può prendere parte alle decisioni), né nelle condizioni organizzative e gestionali (le aggregazioni territoriali corrispondono per quasi la totalità ai distretti sanitari). Quello che manca sembra essere un pieno riconoscimento da parte del comparto sanitario delle potenzialità di questo tipo di attività di prevenzione, legato anche alle singole sensibilità dei professionisti. È per questa ragione che una delle prospettive del progetto consiste nella creazione di uno strumento di valutazione in grado di misurare e rendere conto dell'impatto che questa filiera di servizi ha sia sulla qualità di vita dell'anziano sia sulla riduzione dei costi per le famiglie e per il sistema sociosanitario. Su questo aspetto è quindi necessario favorire una più stretta integrazione con la sanità che, tradizionalmente, concentra i suoi interventi per anziani sulla non autosufficienza e riserva maggiore attenzione alla prevenzione per altre fasce di età.

Con riferimento al secondo elemento, si è rivelato strategico il ruolo delle due nuove figure professionali: se una si occupava più degli aspetti di *management* e amministrazione delle risorse economiche, l'altra curava direttamente la relazione tra operatori e volontari in modo da proporre piani di intervento integrati. Lo svolgimento di queste nuove funzioni ha richiesto un investimento nella formazione degli operatori che non era stato del tutto previsto, sul quale si è dovuto lavorare molto e che rientra negli sviluppi del progetto già pianificati. Il tema dell'acquisizione di nuove competenze è risultato centrale per i *network manager* che non hanno necessariamente la formazione per svolgere compiti gestionali e di *management*. Anche i *care planner*, sebbene mantengano maggiore continuità con le funzioni tipiche dell'assistente sociale, hanno dovuto rivedere il loro approccio professionale acquisendo, da un lato, capacità di intercettazione proattiva delle situazioni di bisogno e, dall'altro, competenze nella gestione e nel coinvolgimento anche delle risorse informali della comunità.

Infine, il terzo elemento individuato è la creazione di una piattaforma gestionale informatizzata che ha consentito di realizzare la programmazione giornaliera degli interventi e il coordinamento dell'azione dei vari soggetti in modo preciso, dettagliato e coerente con i bisogni dell'anziano. Questa piattaforma, che ha ottimizzato e facilitato il lavoro di pianificazione e di organizzazione del lavoro degli operatori e dei volontari, ha anche favorito un significativo efficientamento nel monitoraggio degli interventi (l'operatore che accede al domicilio può registrare in tempo reale l'intervento) e nella loro rendicontazione, che avviene in maniera automatica. Gli indubbi vantaggi che ha portato in termini di efficacia e di efficienza nella gestione di progettualità, che vedono l'esercizio condiviso di più attori, hanno richiesto una lunga e costosa attività di progettazione e implementazione. Da una parte si è lavorato per progettare e testare il sistema perché si adattasse alle specifiche esigenze del progetto, dall'altra per formare gli operatori. Da tale esperienza si è appreso che per introdurre uno strumento tecnologico di lavoro bisogna innanzitutto mappare le competenze degli operatori e la loro disponibilità a utilizzarlo, oltretutto procedere a un'attenta valutazione sull'effettiva convenienza di costruire un sistema *ex novo* oppure acquisirne uno già formato che deve solo essere personalizzato. Ciò che invece è stato sperimentato con efficacia è un metodo di formazione molto pratico e graduale che, a cominciare dagli operatori più motivati e competenti, accompagna a prendere dimestichezza dello strumento attraverso simulazioni in piccolo gruppo. Sono quindi gli operatori diventati esperti che diventano *peer educator* dei loro colleghi per diffondere la nuova prassi a tutto il gruppo di lavoro.

3.3.3 Attivazione della cittadinanza

L'attivazione della cittadinanza, in qualità di volontari e donatori, è una delle azioni più importanti e di maggior successo del progetto¹³. La trasformazione delle relazioni sociali consiste, a questo livello, nell'aver innescato dei processi di capacitazione dei cittadini che si sono attivati o messi in rete per prendersi cura delle necessità del proprio territorio secondo le proprie possibilità e disponibilità.

Il primo elemento che ha facilitato questi processi ha riguardato la creazione di un tavolo di lavoro dedicato, in cui le strategie, le azioni e gli strumenti sono stati co-progettati e monitorati dai diversi soggetti territoriali coinvolti. Tra questi, anche il piano di comunicazione è stato fondamentale per l'aggancio e l'intercettazione di nuove risorse umane e finanziarie. Al *people raising* è stato affiancato il lavoro di collaborazione con le realtà di volontariato e delle associazioni già presenti e attive sul territorio al fine di coordinarne l'azione, renderla più efficace ed efficiente e proporsi ai beneficiari con un'offerta integrata e diversificata. Per questa azione si è maturata la consapevolezza che fosse più strategico proporre l'adesione alla rete de *La Cura è di Casa*, anziché creare una nuova associazione di volontariato. In tal modo si è potuto rispettare e mantenere le specifiche identità di ogni realtà che ha potuto continuare a perseguire i suoi obiettivi ma all'interno di un progetto comune che porta maggior forza e visibilità, apre a nuove opportunità e aiuta nel ricambio generazionale dei volontari, aspetto molto sentito e critico. Aderire al progetto ha significato anche condividere un metodo e degli strumenti di lavoro comuni a cominciare dal registro dei volontari che permette di tener conto del loro numero ma anche di mappare la disponibilità di ciascuno (se continuativa o occasionale e per quali attività) e facilitare l'abbinamento con le richieste e i bisogni degli anziani. Sono state inoltre definite alcune procedure finalizzate a standardizzare i processi di ingaggio, reclutamento, formazione e comportamento dei volontari (ad esempio, *vademecum* sul volontariato, sulle regole di comportamento e di adesione alla rete, per la gestione delle attività nel rispetto delle norme anti-contagio). Si è strutturato un percorso di selezione e inserimento dei volontari che prevede momenti di formazione e informazione e una prima fase di affiancamento e accompagnamento con quelli *senior*. Inoltre, sono stati curati dei momenti di ritrovo, confronto e verifica tra volontari per rafforzare lo spirito di squadra e per dare il giusto riconoscimento per le azioni svolte. Attività strategica anche per promuovere e mantenere il senso di appartenenza alla rete e l'importanza di perseguire un obiettivo comune.

La raccolta fondi è un'altra modalità per rendere partecipe la cittadinanza alla costruzione di un welfare di comunità e ha portato nei quattro anni (2016-2019) a raccogliere una somma pari a 490.466,64 Euro offerti da oltre 1.100 donatori. La gestione dei ricavi è stata affidata alla Fondazione partner Fondazione Comunitaria Vco¹⁴ ed è stato istituito il Fondo Vco Social. Il Fondo è gestito da un comitato, composto da cinque partner di progetto, che si occupa di redistribuirlo ai soggetti aderenti alla rete. Nella valutazione dell'azione emerge che ciò che ha maggiormente funzionato, così come per il piano di comunicazione, è stato sfruttare la rete di contatti sul territorio piuttosto che creare eventi *ad hoc*. In tal modo si è fatto

13 A quattro anni dall'avvio, sono 181 i volontari de *La Cura è di Casa* e si stima che le ore di volontariato erogate siano almeno 7.000. Oltre alle tre associazioni di volontariato partner, ora altre 9 aderiscono alla rete.

14 La Fondazione di Comunità è un'istituzione filantropica che ha lo scopo di migliorare e promuovere la qualità di vita della comunità in un determinato territorio offrendo a istituzioni pubbliche e private non profit gli strumenti per implementare progetti in ambito sociale, culturale o ambientale. Si caratterizza per la partecipazione di un'ampia varietà di persone fisiche e giuridiche che intendono contribuire con le proprie risorse al benessere della comunità di appartenenza (Bandera *et al.* 2019). Venuta a contatto con l'esperienza americana delle *Community Foundation*, Fondazione Cariplo ha promosso, già da metà anni Novanta, lo sviluppo di Fondazioni di Comunità che, pur mantenendo la propria autonomia, potessero operare in rete per offrire risposte efficaci e complementari ai bisogni delle comunità locali. È nell'ambito di questa iniziativa che, assieme a Compagnia San Paolo, nel 2006 nasce la Fondazione di Comunità del VCO per contribuire al benessere dei cittadini della provincia del Verbano Cusio Ossola attraverso la cultura della del dono e della solidarietà. I principali settori in cui è impegnata sono: assistenza sociale, volontariato e beneficenza, tutela e valorizzazione del patrimonio storico e artistico, tutela dell'ambiente, educazione e formazione, sport dilettantistico, arte e cultura (www.fondazionevco.org).

leva sull'affidabilità che i partner o altri soggetti aderenti alla rete avevano già nella comunità, elemento utile alla presentazione del progetto e alla proposta di sostenerlo economicamente. Allo stesso tempo si è sperimentato quanto l'efficacia del *fundraising* dipenda strettamente dal lavoro di sensibilizzazione della cittadinanza alla cultura del dono e agli obiettivi del progetto che può essere fatto solo "mettendoci la faccia" e non delegandolo a esperti esterni.

3.3.4 La ricerca della sostenibilità

Il tema della sostenibilità finanziaria tende a essere un elemento di debolezza nel campo dell'innovazione sociale perché spesso quest'ultima è legata a progettualità con finanziamenti limitati nel tempo e che, una volta conclusi, determinano la chiusura delle attività. *La Cura è di Casa* non è esente da questo rischio e la continuità delle attività si pone come interrogativo e possibile criticità proprio in concomitanza con l'esaurimento dei fondi ottenuti dal bando "Welfare in Azione" della Fondazione Cariplo¹⁵. Tuttavia, è emersa una continua e attiva ricerca di forme di sostenibilità che si è basata sul principio guida del progetto, ovvero che è la comunità che deve prendersi cura del benessere dei suoi componenti, quindi anche lo stesso budget deve essere costruito secondo questa logica. Non per nulla l'attività di *fundraising* rientra nelle azioni di attivazione della cittadinanza perché ideata e presentata come una delle possibilità che i cittadini hanno per sostenere l'obiettivo del progetto. Si è quindi adottata una strategia di diversificazione delle fonti di finanziamento che vede coinvolti gli enti partner, con quote di co-finanziamento, enti pubblici (Comuni del territorio e bandi europei e regionali) e privati (Fondazione Compagnia di San Paolo, Fondazione Cariplo e Fondazione Comunitaria del Vco), e gli utenti stessi. Se inizialmente le prestazioni erano gratuite, dai primi mesi del 2019 è stata introdotta una formula di compartecipazione che ha adottato l'indicatore ISEE per determinare una fascia di esenzione (quando ISEE è pari o inferiore a 8.000 Euro), al di sopra della quale vi è la compartecipazione al 50% dei costi; in prospettiva si intende introdurre una terza fascia a copertura totale. A oggi, ciò che ha consentito di dare continuità alle attività sono i nuovi bandi ("Intrecci 2019" della Fondazione Compagnia San Paolo e "We Care Vco" finanziato dalla Regione Piemonte) che il progetto ha vinto e per i quali si è rinominato "La Cura è di Casa Cresce". Si tratta di progettualità che danno continuità ad alcune azioni ma richiedono anche di avviarne di nuove e di ampliare la rete dei partner, rendendo necessario un continuo lavoro di riprogettazione ma apportando anche nuove possibilità di miglioramento nell'offerta e nella capacità di risposta ai bisogni. Nonostante l'efficacia delle diverse strategie adottate, il tema della sostenibilità per una progettualità di questo tipo rimane un punto di debolezza almeno finché la prevenzione, la promozione della salute e il sostegno alla domiciliarità non verranno riconosciuti come temi prioritari per le politiche sociali e sanitarie di assistenza agli anziani, quindi meritevoli di finanziamenti che possano darvi stabilità. Se per questo si rivela necessaria un'attenta valutazione degli effetti che tali azioni hanno sia i termini di salute (come la riduzione delle ospedalizzazioni improprie) che di risparmio economico, essa è possibile solo su un arco temporale di medio-lungo termine. Venendo a mancare la stabilità nel finanziamento di queste progettualità, si sottrae quindi anche la possibilità di dimostrare se e in che misura esse possano garantire effettivamente l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia nel perseguimento degli obiettivi di benessere e qualità di vita.

¹⁵ Il finanziamento di Fondazione Cariplo copre il 46% del valore complessivo del progetto, la restante parte è per il 36% a carico dei soggetti partner e per il 18% raccolta tramite *fundraising*.

4. Considerazioni conclusive

L'analisi del progetto *La Cura è di Casa* ha permesso di mettere in luce come e con quali strumenti operativi è possibile costruire quella prima parte di filiera a sostegno della domiciliarità che rischia di essere lacunosa o assente proprio per l'aumento dei bisogni legati alla non autosufficienza. L'introduzione di un pacchetto di interventi di prevenzione e di assistenza a bassa soglia è stata infatti realizzata grazie a un sistema di governance e organizzazione che ha tra gli elementi-chiave: la partecipazione attiva e la corresponsabilità di un'ampia rete di partner, la creazione di distretti sociali e l'individuazione e formazione di nuove figure professionali quali gli "attivatori di comunità". Si sono in tal modo create le condizioni per gestire e coordinare efficacemente l'azione di tutti i soggetti territoriali, dai Servizi Sociali alle associazioni di volontariato e alle RSA, su progettualità personalizzate che rispondono ai bisogni dell'anziano con fragilità e lo accompagnano durante tutto il percorso assistenziale. L'elemento cruciale del progetto è anche l'attivazione della comunità che, proprio per la natura dei bisogni legati a questo target, può giocare un ruolo centrale nell'offrire supporto alla gestione della quotidianità, limitare i rischi legati alla solitudine e all'isolamento e intercettare precocemente situazioni di possibile vulnerabilità.

È in ragione della capacità di trasformare i processi e le relazioni tra i soggetti territoriali che questa esperienza può stimolare una riflessione più ampia sull'organizzazione locale delle risposte a sostegno della domiciliarità. Essa infatti sperimenta con successo un modello di collaborazione in cui il soggetto pubblico e il Terzo Settore co-progettano e co-gestiscono un'offerta di servizi che integra assistenza formale e informale e, seppur con maggiori difficoltà, quella sociale e sanitaria. Innova i processi di presa in carico partendo dal territorio, dalle domande di aiuto, dai bisogni inespressi e dalle risorse umane e materiali che può mettere a disposizione. Introduce così e dà attuazione a logiche organizzative di integrazione a più livelli che sono tanto auspicate quando sfidanti e di complessa implementazione perché non possono seguire procedure standardizzate ma devono essere progettate *con e nel* sistema di welfare locale, e richiedono importanti investimenti in termini di tempo, competenze professionali e risorse economiche.

Riferimenti bibliografici

Bandera L., Barbetta G.P., Cima S., Petrolati F. (a cura di) (2019), *Fondazioni di Comunità. L'esperienza di Fondazione Cariplo*, "Quaderni dell'Osservatorio" n. 31, Fondazione Cariplo.

BEPA (2010), *Empowering People, Driving Change: Social Innovation in the European Union*, <http://ec.europa.eu>.

Centola F. (2016), *Riconoscere e valorizzare i caregiver familiari nei sistemi di welfare europei*, "Welfare Oggi", n. 6, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

Euricse (2020), *La riforma del welfare anziani in provincia di Trento. Dal modello agli strumenti operativi della sua implementazione*, Depedri S. e Gubert E. (a cura di), Euricse Research Reports, n. 19/2020, Trento, Euricse.

Euricse, Fap-Acli (2019), *Integrazione nella filiera dei servizi agli anziani. Soluzioni innovative per il benessere dell'individuo e della famiglia*, Research Report, Depedri S. e Gubert E. (a cura di), Trento, Euricse.

Fosti G., Notarnicola E. (a cura di) (2018), *L'innovazione e il cambiamento nel settore Long Term Care*, 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano, CERGAS Bocconi.

Fried L. P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J. D., Anderson G. (2004), *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*, "The Journals of Gerontology" Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, vol. 59, n. 3, pp. 255-263.

Giunco F. (2014), *Abitare leggero verso una nuova generazione di servizi per anziani*, Quaderno n.17, Fondazione Cariplo, www.fondazionecariplo.it.

Gori, C., Luppi, M. (2019), *Regulating the delivery of cash for care payments across Europe*, "Social Policy & Administration", vol. 53, n. 4, pp. 567-578.

ISTAT (2014), *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it.

ISTAT (2018), *Rapporto annuale*, Istituto nazionale di statistica, www.istat.it.

ISTAT (2020), *Database sull'invecchiamento della popolazione*, Istituto Nazionale di Statistica, www.istat.it.

Jenson J., Harrisson, D. (2013), *Social innovation research in the European Union. Approaches, findings and future directions*, "Policy Review", pp. 978-92.

Lampugnani D., Cappelletti P. (2016), *Innovazione sociale e generatività sociale. Quale trasformazione delle relazioni sociali*, "Impresa Sociale", n. 8, pp. 4-14.

Moulaert F. (2009), *Social Innovation: Institutionally Embedded, Territorially (Re)Produced*, in MacCallum D., Moulaert F., Hillier J., Vicari Haddock S. (a cura di), *Social Innovation and Territorial Development*, Farnham UK and Burlington USA, Ashgate, pp. 11-23.

Mulgan G., Wilkie N., Tucker S., Ali R., Davis F., Liptrot T. (2006), *Social Silicon Valleys. A Manifesto for Social Innovation. What it is, Why it Matters, How it Can be Accelerated*, The Young Foundation, London, The Basingstoke Press.

Murray R., Caulier-Grice J., Mulgan G. (2010), *The Open Book of Social Innovation*, The Young Foundation, Nesta.

Phills J.A., Deiglmeier K., Miller D.T. (2008), *Rediscovering Social Innovation*, Stanford Social Innovation Review, Fall.

Provvedi B., Como E., Di Donato G. (2015), *Disuguaglianze sociali e fragilità degli anziani: analisi dei problemi e mappatura delle soluzioni innovative*, www.fondfranceschi.it.

Razetti F. (2018), *Long-Term Care e innovazione sociale: quali spunti dall'Europa?* Working Paper, www.secondowelfare.it.

Rolls L., Seymour J.S., Froggatt K.A. e Hanratty B. (2010), *Older People Living Alone at the End of Life in the UK: Research and Policy Challenges*, "Palliative Medicine", vol. 25, n.6, pp. 650-657.

Saraceno C. (2017), *L'equivoco della famiglia*, Roma, Bari, Laterza.

Sixsmith J., Sixsmith A., Malmgren Fänge A., Naumann D., Kucsera C., Tomsone S., Haak M., Dahlin-Ivanoff S. e Woolrych R. (2014), *Healthy Ageing and Home: The Perspective of Very Old People in Five European Countries*, "Social Science & Medicine", n. 106, pp. 1-9.

Tepsie (2014), *Social Innovation Theory and Research: A Summary of the Findings from TEPSIE*, A deliverable of the project "The theoretical, empirical and policy foundations for building social innovation in Europe" (TEPSIE), European Commission, Brussels, DG Research.

Tidoli R. (2017), *La domiciliarità*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018*, Network Non Autosufficienza (a cura di), Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, pp. 77-100.

Westley F., Antadze N. (2010), *Making a Difference. Strategies for Scaling Social Innovation for Greater Impact*, "The Innovation Journal: the Public Sector Innovation Journal", vol. 15, n. 2, pp. 1-19.

CONTATTI

PERCORSI DI SECONDO WELFARE

Sede operativa

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

Sede legale

Via Melchiorre Gioia, 82
20125 - Milano



www.secondowelfare.it • info@secondowelfare.it

In partnership con



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

CORRIERE DELLA SERA

ISBN 979-12-80161-09-3 | 979-12-80-161-04-8

secondowelfare.it