

Research Report n. 019 | 20

LA RIFORMA DEL WELFARE ANZIANI IN PROVINCIA DI TRENTO

Dal modello agli strumenti per la sua implementazione

Coordinatrice scientifica:

Sara Depedri

Ricercatrici:

Sara Depedri

Ester Gubert

Progetto realizzato nell'ambito dell'Accordo di programma 2018-2019 tra Euricse e la Provincia Autonoma di Trento.

LA RIFORMA DEL WELFARE ANZIANI IN PROVINCIA DI TRENTO

Dal modello agli strumenti per la sua implementazione

Sara Depedri¹, Ester Gubert²

Sommario

Introduzione	5
1. I tratti del cambiamento	10
1.1. Comune di Torino: il percorso dell'anziano non autosufficiente e gli interventi a sostegno della domiciliarità	12
1.2. Comune di Brescia: nuovo sistema di assistenza domiciliare integrata	14
1.3. Comune di Lecco: Servizi Integrati per la Domiciliarità	16
1.4. Comune di Milano: la riorganizzazione del sistema per la domiciliarità	17
1.5. Il Verbano ed il Novarese: il progetto "La cura è di casa"	19
2. Processi, strumenti operativi, dispositivi	22
2.1. Attivazione e valorizzazione del privato sociale	23
2.2. Accessibilità, vicinanza e informazione	33
2.3. Continuità della presa in carico	39
2.4. Integrazione dell'offerta di servizi pubblici e privati	47
2.5. Integrazione tra funzioni e professionalità	53
2.6. Sistema informativo integrato	55
3. La riproducibilità delle pratiche nella provincia di Trento	63
3.1. Le reazioni delle cooperative sociali alla Riforma	64
Conclusioni	81
Bibliografia	87
Appendici	88

Rapporto realizzato nell'ambito del progetto di ricerca:

"Il contributo dell'economia sociale al rinnovamento dei sistemi di welfare". Si ringraziano per la collaborazione Cristiano Gori, Carlo Borzaga, Riccardo Bodini e Angela Lenzi. Editing curato da Federica Silvestri.

Si prega di citare questo Rapporto come:

Euricse (2020). La riforma del welfare anziani in provincia di Trento. Dal modello agli strumenti per la sua implementazione, *Euricse Research Reports*, n. 19 | 2020. Autori: Sara Depedri & Ester Gubert. Trento: Euricse.

¹ PhD, Senior Researcher, Euricse.

² Collaboratrice Euricse.


Premessa

Una parte consistente del lavoro di ricerca di Euricse è dedicata all'analisi del ruolo delle organizzazioni dell'economia sociale nel dare risposta, direttamente o collaborando con altre istituzioni, ai principali problemi del nostro tempo. Tra questi, il mantenimento di adeguati sistemi di welfare è di particolare rilevanza per il suo impatto su fasce sempre più ampie della popolazione, soprattutto in un contesto in cui l'intreccio di crisi economiche, ambientali e sanitarie provoca un considerevole aumento delle fragilità. Tanto più se pensiamo che già a partire dagli anni '70 la ricerca sui sistemi di welfare ne ha messo in luce le crescenti difficoltà, dovute principalmente alla progressiva insufficienza delle risorse pubbliche e alla eccessiva standardizzazione dell'offerta di servizi. La conseguente ridotta capacità di dare risposte ai bisogni ha messo in moto in molti paesi vari tentativi di riforma, che si sono per lo più tradotti in una riduzione degli ambiti e dell'intensità dell'intervento dei sistemi pubblici di welfare. Nel contempo ha progressivamente acquistato uno spazio sempre più rilevante l'offerta di servizi operata da organizzazioni private (prevalentemente enti di terzo settore e a scopo non di lucro, ma non solo) che si sono affermate sia come produttori di servizi sociali, sanitari ed educativi sia come soggetti di politiche attive del lavoro.

Proprio in conseguenza di questa evoluzione le organizzazioni di economia sociale (soprattutto con profilo produttivo come le cooperative sociali e le imprese sociali) sono diventate istituzioni primarie nella co-progettazione e realizzazione di molte politiche sociali. E la gamma di politiche e servizi che vedono impegnate organizzazioni di questo tipo continua ad estendersi. Nonostante questa evoluzione dell'offerta, la domanda di servizi di welfare risulta ancora tutt'altro che soddisfatta. Anche in aree come il Trentino, sembrano mancare soprattutto servizi innovativi, in grado di soddisfare bisogni più sofisticati, e forme di integrazione tra servizi che intervengono sulla stessa utenza, dovuta in particolare allo scarso coordinamento tra i diversi attori, che spesso non si riconoscono vicendevolmente, non seguono una pianificazione condivisa, non riescono ad attivare la comunità e a coinvolgerla nella progettazione in modo attivo.

È quindi urgente interrogarsi su quali cambiamenti siano necessari oggi per migliorare l'offerta di servizi sociali, e in particolare quale contributo ulteriore possono dare le organizzazioni di economia sociale. Visto che è necessario più che in passato il coinvolgimento attivo e coordinato di tutte le risorse disponibili nella comunità, vanno in particolare analizzate criticamente le modalità di collaborazione tra i vari attori, per poi individuare proposte migliorative in grado di porre come protagoniste le comunità e tutti quei contesti sociali in cui si localizzano interessi e bisogni comuni.

Prendendo spunto da queste riflessioni Euricse ha avviato, con il supporto della Provincia Autonoma di Trento, un progetto di ricerca pluriennale che si propone di analizzare in profondità le trasformazioni recenti e in corso dei sistemi di welfare, con particolare attenzione a come essi si stanno strutturando intorno a un nuovo modello che si potrebbe definire in prima approssimazione di "welfare plurale", ovvero un sistema di welfare dove l'azione dei diversi attori pubblici e privati è vista non come una sostitutiva dell'altra, ma come complementare. Un primo ambito di indagine riguarda il settore dei servizi agli anziani, che ha visto in particolare in Trentino con il varo di Spazio Argento un'importante azione di riforma, ancora in fase di implementazione. Alle significative risorse pubbliche dedicate si aggiunge la presenza di una domanda pagante privata e un'offerta, garantita da organizzazioni di economia sociale, discretamente ampia, articolata e con interessanti elementi di innovazione: una situazione particolarmente adatta a condurre una ricerca di questo tipo, che ha anche la possibilità di dare indicazioni concrete ed applicabili agli attori coinvolti.



L'auspicio di Euricse è quindi che questo rapporto, che presenta i primi risultati della ricerca, possa aiutare sia ad avanzare la riflessione sulla strutturazione di un sistema di welfare veramente plurale, sia essere di supporto nell'avvio della sperimentazione sul campo di un nuovo assetto dei servizi agli anziani in provincia di Trento. Muovendosi sul doppio binario della produzione di conoscenza scientifica e della sua applicazione che caratterizza tutta l'attività dell'Istituto.

Carlo Borzaga
Presidente di EURICSE


INTRODUZIONE

Un'Italia di anziani non autosufficienti e una relativa emergenza ignorata. Così la cronaca e gli studi più recenti definiscono la situazione del Paese puntando l'attenzione sulla necessità di intervenire presto con opportune revisioni delle politiche di welfare. Dinanzi all'invecchiamento significativo della popolazione, deve divenire obiettivo centrale delle politiche il garantire all'anziano una buona qualità di vita e questo risultato passa dalla ridefinizione ed innovazione dei sistemi di cura e di sostegno alla persona, cominciando dalla prevenzione e dall'invecchiamento attivo, passando quindi ai sistemi di creazione di modalità di supporto della vita nel proprio ambiente domestico e calibrando adeguatamente e in modo coordinato il settore della residenzialità.

Su questi temi, la riflessione della Provincia Autonoma di Trento è aperta da qualche anno ormai. Avviata con l'emanazione della *Legge Provinciale 16 novembre 2017, n. 14* ad opera del Consiglio della Provincia Autonoma di Trento e a seguito della proposta dall'allora Assessore alla Salute, Politiche Sociali e Sport, Luca Zeni, essa si colloca più ampiamente nel contesto del *Piano per la salute del Trentino 2015-2025* che - in linea con la strategia europea *Health 2020* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e come risultato di un processo partecipativo che permette di affermare la condivisione pubblica del documento finale - intende contribuire al benessere dei cittadini attraverso l'innalzamento degli anni di vita in buona salute e la riduzione della cosiddetta "mortalità evitabile". Tale macro-obiettivo (così come definito nello stesso Piano provinciale) è altresì declinabile attraverso due ulteriori obiettivi trasversali: la volontà di ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà, e quello di migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza. È in questa prospettiva complessa che si collocano le azioni volte a promuovere l'invecchiamento attivo, operando sulla prevenzione e sulla domiciliarità, e tutte quelle azioni che puntano a "*rendere i servizi più vicini al cittadino, più efficaci, più sicuri, più sostenibili e più equi*" (come da definizione dell'obiettivo che pone "la persona al centro"). Tra queste viene esplicitata anche la necessità di disporre di punti unici di riferimento per le persone (usando una terminologia trasversale ai servizi e ai bisogni), al fine di completare e facilitare l'incontro tra domanda ed offerta di specifici servizi; elemento base questo nella definizione delle strategie di azione rispetto al welfare anziani.

La durata pluriennale del Piano per la salute è indicativa di un cambiamento che deve avvenire gradualmente e comporta, in alcuni settori soprattutto, significativi interventi strutturali ed operativi. È ben noto il lungo iter³ che sta portando progressivamente verso la realizzazione della Riforma del welfare anziani e delle tappe che hanno inciso soprattutto sull'identificazione delle modalità e dei tempi opportuni per l'attivazione del nuovo modulo organizzativo previsto dalla Riforma, denominato Spazio Argento. Le Linee di indirizzo per la costituzione del modulo organizzativo proposto dalla legge vengono approvate con il provvedimento n. 2099 del 19 ottobre 2018. Con riconoscimento dell'efficacia di strumenti operativi che siano calati in modo specifico sulle caratteristiche e sui bisogni del territorio, il documento provinciale stabilisce che le Comunità di Valle devono presentare un proprio progetto di struttura alla Giunta provinciale. La riflessione sul livello di autonomia o di integrazione delle proposte e dei metodi porta tuttavia la nuova Giunta provinciale (nominata il 13 novembre 2018 e presieduta da Maurizio Fugatti) a sospendere, con deliberazione n. 205 del 15 febbraio 2019, la presentazione dei

³ Con riferimento all'iter della Riforma ed ai cambiamenti intervenuti, si osserva che sono state sempre mantenute nei documenti programmatici e normativi di riferimento le priorità della riforma, ovvero la promozione dell'invecchiamento attivo e una presa in carico che sia integrata, multidisciplinare e che possa garantire la continuità nell'assistenza. Allo stesso tempo viene da sempre condivisa la consapevolezza che, riguardando i cambiamenti necessari l'intero sistema, è necessaria un'azione congiunta con tutti i soggetti delle politiche sociosanitarie e del territorio (Comunità di Valle, Comuni, Azienda provinciale per i servizi sanitari, soggetti del Terzo Settore, volontariato, cittadinanza).



progetti da parte di tutte le Comunità, in ragione dei radicali cambiamenti organizzativi che la riforma stabilisce. Il tema è ripreso quindi nel *Programma di Sviluppo Provinciale della XVI Legislatura* (deliberazione n. 1075 del 19 luglio 2019), quando il confronto con le Comunità e con altri enti coinvolti porta ad identificare l'attuazione della Riforma come uno degli obiettivi che l'amministrazione si impegna a raggiungere nell'area strategica n.3: *“per un Trentino in salute, dotato di servizi di qualità in grado di assicurare benessere per tutti e per tutte le età”*. In particolare l'obiettivo 3.2 intende raggiungere il *“miglioramento dello stato di salute e benessere delle persone anziane e (la) valorizzazione della ricchezza dei rapporti intergenerazionali”* agendo anche sull'elemento dell'autonomia abitativa delle persone anziane (oltre che sul generale mantenimento della salute e sull'incentivazione di nuove pratiche come il cohousing). L'obiettivo 3.3 punta alla generazione di un *“sistema di servizi socio-assistenziali maggiormente orientato alla qualità e all'innovazione”* agendo, tra l'altro, sia per rendere l'offerta di servizi 'flessibile e di qualità' che valorizzando il Terzo Settore. Di particolare rilievo il fatto che la prima strategia di attuazione *“Salute e benessere delle persone anziane”* prevista dall'obiettivo 3.2 si declina nell'adozione di *“modelli organizzativi territoriali innovativi incardinati presso le Comunità, che garantiscano ascolto, informazioni, orientamento, presa in carico e monitoraggio per favorire la qualità di vita dell'anziano e della sua famiglia, con procedure semplificate e risposte unitarie”*. È qui esplicito il richiamo al ruolo di Spazio Argento in qualità di soggetto specializzato nel settore welfare anziani.

Ed è proprio questo il principale strumento mediatore del processo di Riforma del welfare anziani su cui questo rapporto vuole puntare l'attenzione e tentare di offrire contributi e spunti di riflessione per la sua strutturazione operativa. Il citato iter attuativo della Riforma ha trovato infatti recente sbocco nella delibera n. 119 del 30 gennaio 2020, con cui la Giunta provinciale ha approvato l'avvio delle sperimentazioni della durata di un anno del modulo organizzativo Spazio Argento, prima della sua completa attuazione. La sperimentazione, è deciso con la delibera, è realizzata in tre territori, differenti per caratteristiche e rappresentativi dell'eterogeneo panorama trentino: il territorio della Valle dell'Adige, la Comunità delle Giudicarie e la Comunità del Primiero. Questi territori hanno il compito di individuare, sulla base delle proprie necessità e risorse, le specifiche strategie e gli strumenti operativi più adeguati al raggiungimento degli obiettivi della riforma. La valutazione degli esiti di queste sperimentazioni serviranno a definire *“gli elementi strutturali fondanti il modulo organizzativo di Spazio Argento che ogni Comunità dovrà adottare, declinandoli tenendo conto delle peculiarità che caratterizzano il singolo territorio”*.

Nella volontà della delibera due elementi soprattutto risultano cruciali ed allineati alla strutturazione del presente rapporto e della metodologia della ricerca: da una parte, la necessità di far emergere gli elementi strutturali fondanti, intendendo con tale concetto i dispositivi pratici e gli strumenti operativi, che garantiscono la solidità del modulo organizzativo e la sua capacità di raggiungere gli obiettivi finali; dall'altra, la necessità di recepire poi tali elementi con una certa flessibilità e riadattamento in base alle caratteristiche del contesto territoriale (della domanda e dell'offerta specificatamente locali) in cui Spazio Argento si andrà a collocare.

Dal punto di vista dell'analisi scientifica, supportare lo sviluppo di una nuova politica e di un suo preciso strumento operativo, significa tracciare chiare domande di ricerca e dotarsi di una metodologia atta a trovarvi risposta, giungendo a fornire analisi e linee guida all'attuazione. Il senso di questo rapporto è quindi quello di comprendere in quali modalità è necessario intervenire sul sistema del welfare anziani trentino e con quali strumenti operativi è possibile farlo. Le risposte e le proposte sperimentali devono derivare da un'attenta lettura congiunta delle caratteristiche della domanda e dell'offerta di servizi agli anziani. È infatti dalla comprensione dei possibili trend di sviluppo e dall'analisi


critica della domanda insoddisfatta che si possono identificare le linee del cambiamento e definire puntualmente i possibili interventi in grado di rendere il sistema di welfare per gli anziani più efficiente e soprattutto più efficace.

In questa direzione hanno lavorato propedeuticamente le azioni di analisi del sistema trentino⁴. Così, le proiezioni Istat in primo luogo hanno dato conferma dei trend demografici di invecchiamento della popolazione, uniti ai cambiamenti delle condizioni sociali e dello stato di salute dei cittadini: esse stimano infatti che nel 2030 le persone over 65 saranno in Trentino 150.700 e saliranno nel 2050 a 193.400 (di cui 113.300 over 75). Ad una necessaria crescita del numero di interventi corrisponderà comunque anche una necessaria differenziazione degli stessi per cui è opportuno analizzare in modo critico anche l'offerta dei servizi. Gli studi compiuti (report commissionato all'Università Commerciale L. Bocconi in modo funzionale alla Riforma) hanno evidenziato come la Provincia di Trento si caratterizzava nel 2016 per un'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti molto più ampia e completa di quanto presente nel resto d'Italia, giungendo a definirla una "eccellenza nazionale": il rapporto tra posti RSA o RSAO e popolazione over 65 (113.496 persone all'1/1/2016) porta ad un tasso di copertura pari al 4,2%; il tasso di copertura dei bisogni dei potenziali over 65 non autosufficienti è invece stimato nel 38,4%, considerando anche i servizi domiciliari; e da tale percentuale sono esclusi tutti i servizi non in capo alla pubblica amministrazione e, quindi, prevalentemente coperti dall'offerta di assistenti familiari.

Una situazione quindi di buona copertura, allo stato attuale, ma da comprendere in quale modo sostenibile a fronte dei citati trend di invecchiamento della popolazione e soprattutto di una crescente eterogeneità di bisogni. Aumentare quindi necessariamente l'offerta o diversificarla cercando di ridurre eventualmente la domanda di servizi "tradizionali"? La Riforma punta all'innovazione dei servizi e alla prevenzione, due parole chiave per intervenire nel rischioso gap tra domanda ed offerta: sotto il primo profilo, offrendo nuovi servizi che non obbligatoriamente stanno in capo alla pubblica amministrazione; sotto il secondo profilo, posticipando l'età della non autosufficienza e quindi del ricorso ai relativi servizi. Considerando inoltre che la prevenzione, e quindi l'inclusione nel piano anche delle azioni dirette alle persone fragili, ha l'ulteriore vantaggio di alleggerire il sistema sanitario.

Alla luce di queste riflessioni ed analisi, gli obiettivi della Riforma vanno quindi rintracciati più concretamente nella definizione di un nuovo sistema di presa in carico continuativa ed integrata. Gli obiettivi specifici che Spazio Argento dovrà raggiungere sono poi oggi più puntualmente definiti dalla delibera 119/2020 che cita: (1) promuovere Spazio Argento e attivare le risorse del territorio; (2) raccogliere e analizzare i bisogni del territorio; (3) promuovere attività di invecchiamento attivo; (4) ridurre la solitudine e l'isolamento di chi fa assistenza e fornire supporto e formazione; (5) proporre risposte innovative ai bisogni dell'anziano; (6) promuovere l'adozione di strumenti di coordinamento organizzativo e la collaborazione tra i diversi soggetti del territorio; (7) garantire il raccordo con altri ambiti socio-assistenziali. Letti trasversalmente, tali obiettivi risultano incidere a due livelli e quindi richiedere due macro-cambiamenti: uno rispetto ai servizi finali, che dovranno essere coordinati tra loro, ma anche arricchiti agendo sia sul fronte della prevenzione che dell'innovazione; l'altro sul fronte del processo organizzativo, dove Spazio Argento dovrà prevedere modalità di pianificazione e gestione del coordinamento tra attori e della presa in carico completa dell'anziano e della sua famiglia. Su questo secondo ambito si intercettano le necessità di identificazione di strumenti operativi e dispositivi atti a formulare il nuovo modulo organizzativo (o i nuovi moduli, guardando alla declinazione territoriale che lo stesso potrà prendere). E ad essi dedica l'attenzione il presente rapporto di ricerca.

⁴ Al fine di concentrare l'attenzione sul contributo aggiuntivo del presente report al dibattito, è fatta scelta di non riassumere nuovamente le analisi dei bisogni, ma di rimandare il lettore alle rispettive pubblicazioni precedenti ed in particolare a Fosti & Pirazzoli (2017) e Falasca (2018).



Affinché, infatti, non si rischi di replicare precedenti modelli rivelatisi poi incompleti o inapplicati, Spazio Argento dovrà principalmente puntare ad avvalersi di strumenti operativi dettagliati, che vanno dall'integrazione tra servizi in una logica di filiera e presa in carico completa, al sostegno del ruolo dei diversi attori pubblici e di Terzo Settore nell'offerta di tali servizi, fino alla gestione della persona e dei suoi bisogni nel tempo. Elementi tutti necessari al fine di intervenire radicalmente sull'attuale assetto istituzionale e affrontare in modo completo l'evoluzione prospettata. Identificati i pilastri operativi, essi potranno declinarsi a loro volta in specifici dispositivi ed è a questo livello che emergeranno le maggiori possibilità di adattamento individualizzato da parte delle Comunità di Valle. Ad esse spetta il ruolo di identificare quei dispositivi concreti - e ove possibile innovativi - da implementare al proprio interno per dare sviluppo pratico alla creazione di Spazio Argento. Tale trasferimento e ridisegno delle funzioni presenta, da un lato, un indubbio vantaggio poiché garantisce la possibilità ad ogni territorio di calare gli elementi operativi sulle proprie specificità e su un'analisi del contesto puntuale, basata su una specifica conoscenza dei bisogni e dei problemi e delle risposte sostenibili. Dall'altra, tuttavia, l'assenza di riferimenti specifici ai dispositivi applicabili sia nella Legge quanto soprattutto nelle successive direttive, potrebbe rischiare di lasciare l'azione delle Comunità su un piano eccessivamente teorico o nel quale comunque non si ha una prospettiva delle pratiche possibili.

Il lavoro di ricerca di Euricse su questo tema è stato realizzato tra il 2018 ed il 2019 nell'ambito dell'Accordo di Programma con la Provincia autonoma di Trento e in raccordo con il Servizio Politiche Sociali. Per garantire la rilevanza dell'analisi, la strutturazione dell'approccio e della metodologia di ricerca ha subito nel tempo diverse revisioni alla luce dei vari stadi di avanzamento della riforma. Ciononostante, il presente rapporto di ricerca può essere considerato un valido strumento per accompagnare proprio il processo di sperimentazione e di avvio di Spazio Argento, in quanto esso fornisce elementi utili soprattutto allo sviluppo operativo e agisce sull'identificazione e clusterizzazione di strumenti operativi e dispositivi di possibile implementazione per la creazione di un sistema integrato dei servizi agli anziani. Per raggiungere tale obiettivo, la scelta metodologica di Euricse è stata quella di ricercare ed analizzare buone pratiche di sistemi integrati di servizi domiciliari agli anziani presenti a livello nazionale sia studiando materiali pubblici di presentazione del caso sia conducendo interviste ai protagonisti delle azioni, così da schematizzare poi gli strumenti operativi di cui le esperienze si sono avvalse e definirne punti di forza e di debolezza. Al fine di comprendere poi l'interesse di queste pratiche per il territorio trentino, si è cercato di leggere limiti e potenzialità del sistema locale di servizi agli anziani attraverso le parole delle cooperative sociali, uno dei principali attori dei servizi domiciliari nella provincia. La scelta di tale metodo e della realizzazione delle interviste ai soli enti privati di Terzo Settore è legata alla volontà di portare la prospettiva dei soggetti che dovrebbero trovare rinnovata collocazione strategica nel nuovo sistema. Va infatti considerato che una elevata percentuale di servizi domiciliari agli anziani è affidata dalle pubbliche amministrazioni agli enti di Terzo Settore e che il mix pubblico-privato sociale è esplicitamente previsto dalle linee guida provinciali in tema di Riforma. Inoltre, fornire alla Provincia Autonoma di Trento la prospettiva degli enti di Terzo Settore permetterà di disporre di una visione legata alla gestione operativa dei servizi domiciliari che potrà risultare utile in fase di progettazione di Spazio Argento.

1. I TRATTI DEL CAMBIAMENTO

Lo studio del modulo organizzativo denominato Spazio Argento ci porta a riflettere innanzitutto sulla sua definizione. Esso è descritto nella Riforma come *“il soggetto locale specializzato nel settore welfare anziani che, superando la logica prestazionale, ha l’obiettivo di favorire la qualità di vita dell’anziano e della sua famiglia qualificando la presa in carico pubblica dei bisogni e l’offerta di servizi ai cittadini anche in un’ottica di prevenzione e invecchiamento attivo. È il front office di tutte le esigenze degli anziani e dei loro caregiver garantendo ascolto, informazioni, orientamento, presa in carico e monitoraggio per favorire la qualità di vita dell’anziano e della sua famiglia. Svolge una funzione di governo integrata del sistema degli interventi, garantendo delle risposte unitarie e integrate ai bisogni degli anziani e dei caregiver, evitando frammentazioni e sovrapposizioni di interventi e garantendo la semplificazione delle procedure per l’attivazione dei servizi e per i passaggi tra setting assistenziali diversi soprattutto in fase di dimissioni ospedaliere”*.

Questa definizione porta ad identificare alcune volontà specifiche insite nel cambiamento. In primo luogo, è evidente come Spazio Argento sia concepito, in sintesi, come uno strumento volto a migliorare l’efficacia e l’efficienza delle politiche per gli anziani: efficacia intesa come migliore risposta ai bisogni di anziani, famiglie, *caregiver*; efficienza come riduzione della dispersione e della sovrapposizione tra azioni e ottimizzazione delle risorse a disposizione.

All’interno delle logiche di promozione dell’**efficacia** si identificano in particolare alcune parole chiave esplicative degli obiettivi che il nuovo contesto dovrebbe raggiungere:

- (i) superamento della logica prestazionale; si passa ad una logica progettuale, in cui quindi vanno identificati gli eterogenei bisogni della persona (anziano e/o familiari) e in base ad essi gli specifici elementi di offerta (tipologie di servizi, quantità di servizi e combinazioni tra prestazioni) che possono soddisfarne le esigenze;
- (ii) miglioramento della qualità della vita dell’anziano e della sua famiglia; tale risultato finale dipenderà ovviamente dalla capacità dei servizi offerti di soddisfare i bisogni specifici emersi, agendo ancora sull’elemento della personalizzazione dell’offerta (assunto che la standardizzazione del servizio è causa principale del gap con i bisogni reali del singolo);
- (iii) azione anche in termini di prevenzione e invecchiamento attivo; si concepisce la necessità di integrare i servizi non solo in orizzontale, tra prestazioni diverse rispondenti ad un bisogno o ad uno stato di bisogno sufficientemente omogeneo, ma anche in verticale secondo un concetto di filiera esteso, che agisce anche in termini preventivi e sulle fragilità, tale da dare continuità all’osservazione dell’evoluzione del bisogno.

L’ultimo punto ha evidenti ricadute anche in termini di **efficienza** (il secondo degli obiettivi generali della Riforma) poiché sono dimostrati gli elevati costi delle azioni di cura e di servizio sanitario e socio-assistenziale all’anziano nel momento della non autosufficienza e il beneficio economico quindi (oltre che in termini di benessere individuale) legato alla possibilità di ritardare tale momento intervenendo opportunamente su anziani autosufficienti, ma in condizioni di fragilità. Gli elementi di efficienza da perseguire con l’intervento sono comunque anche ulteriori:

- (i) evitare frammentazioni di interventi; Spazio Argento come punto unico di accesso deve essere strutturato in modo tale da far confluire in un sistema snello e completo, consultabile e modificabile, tutte le informazioni sul caso oggetto di analisi e nello stesso luogo si devono trovare tutte le risposte ai singoli bisogni; ciò con l’effetto di ridurre i costi di ricerca a carico dell’anziano e della sua famiglia, i costi di comunicazione individuali da parte di ciascun ente erogatore di servizi

- (pubblico e privato), i costi di raccolta di informazioni a carico di ciascun servizio previsto a soddisfacimento del bisogno complesso della persona;
- (ii) evitare sovrapposizioni di interventi; il coordinamento centralizzato di una risposta unitaria al bisogno complesso dell'anziano diviene strumento anche di coordinamento e di controllo dei servizi erogati e, al loro interno, delle singole azioni realizzate, in modo da redistribuire quindi il tempo, le risorse economiche ed umane dedicati al singolo intervento in modo più rispondente ai bisogni e quindi secondo un piano di azione condiviso con tutti i soggetti ed i servizi;
 - (iii) garantire la semplificazione delle procedure; anche in tal caso i benefici economici sono sia a vantaggio delle famiglie che degli enti e della pubblica amministrazione; la semplificazione delle procedure deve passare in modo specifico da un processo di riduzione dei tempi (dove il tempo ha un costo unitario sia per i soggetti richiedenti che in termini di ore del personale coinvolto sulle procedure), riduzione della burocrazia e delle pratiche (con effetti non solo di tempo ma anche di scrittura, archiviazione, ecc.), investimento nella comunicazione e nella condivisione delle conoscenze (con economie per il sistema).

Se questi sono i principali punti esplicitamente descrittivi dei cambiamenti attesi e del modo in cui primariamente raggiungerli, sono individuabili nella definizione di Spazio Argento anche ulteriori elementi di **miglioramento atteso nei processi**:

- (iv) la strutturazione di un punto unico che sia front office di tutte le esigenze; nella definizione stessa di cos'è Spazio Argento si rileva la necessità di costituire un luogo unico che faccia confluire le domande ed i bisogni nella loro elevata eterogeneità; va quindi posta l'attenzione su come questo Spazio si dovrà articolare dettagliatamente in termini di competenze, conoscenze, tecnologie a disposizione; dello Spazio andrà garantita l'accessibilità, in termini di canali di conoscenza e di accoglimento, orario, disponibilità, tempi di attesa;
- (v) garanzia di ascolto, informazione, orientamento; ancora focus sulla necessità di coordinare nello Spazio i momenti di ascolto (con processo di identificazione sintetica degli elementi di bisogno e di contesto individuale e territoriale), di intercettazione delle varie possibili risposte ai bisogni (necessitando quindi di un sistema di classificazione dell'offerta per ogni bisogno) e di capacità di supporto alla scelta;
- (vi) presa in carico e monitoraggio; è qui identificata la necessità di generare una certa continuità tra fase iniziale di intercettazione dei bisogni dell'anziano e offerta di consoni servizi ed evoluzione dei suoi bisogni e - quindi - riadattamento dei servizi che possano progressivamente rispondergli; vanno pertanto studiati dispositivi che permettano di garantire l'analisi continuativa e tempestiva dei cambiamenti del bisogno e una gestione corretta e integrata delle informazioni raccolte in modo diretto ed indiretto dai diversi attori coinvolti nelle fasi di cura della persona;
- (vii) gestione attraverso un governo integrato del sistema degli interventi; si identifica un elemento di rete al primo livello, quello decisionale e gestionale; è qui da comprendere se il governo abbia sede solo all'interno di Spazio Argento o anche in maniera diffusa tra gli attori pubblici responsabili a livello locale delle politiche sanitarie e socio-assistenziali; va compreso da chi è esercitata l'azione di governo integrato, se da un solo ente di forma pubblica responsabile del coordinamento o se in modo condiviso da più enti del pubblico e del privato sociale e con quali poteri; va infine riflettuto sulla necessità di portare la logica di governo integrato dalla fase di azione e coordinamento dei servizi per rispondere alle domande pervenute o se anche alla fase della pianificazione (parlando in tal caso di co-progettazione);
- (viii) garanzia di risposte unitarie ed integrate ai bisogni; la rete è qui ulteriormente concepibile come elemento unificante e la stessa va incentivata tra soggetti pubblici e privati con competenze e servizi eterogenei e complementari; non si tratta tuttavia di una sommatoria di risposte e di servizi,

ma di una integrazione che necessita del coordinamento di servizi ed attori promuoventi; va quindi focalizzata l'attenzione sul come e fino a quale punto richiedere agli enti erogatori dei servizi un'azione di integrazione pianificata o quanto lasciare la stessa all'autonoma e libera scelta da parte degli utenti.

I tratti che caratterizzano le volontà di riforma nel contesto della provincia di Trento trovano sul panorama nazionale diverse esperienze applicative che si uniformano ai medesimi obiettivi. Esistono infatti territori - più o meno estesi per copertura geografica, per numerosità ed eterogeneità degli attori coinvolti o per *range* di copertura del bisogno e ampiezza dei servizi offerti - in cui si stanno da qualche tempo sperimentando nuovi sistemi di welfare agli anziani o questi sono addirittura in una fase matura e avviata. Di seguito si vogliono presentare sinteticamente alcuni casi interessanti ai fini del presente rapporto e funzionali a rispondere alle domande di ricerca qui poste. Essi verranno successivamente approfonditi rispetto ad alcuni elementi specifici di sviluppo operativo, così da comprenderne anche punti di forza e di debolezza nonché di replicabilità nel territorio provinciale.

1.1. Comune di Torino: il percorso dell'anziano non autosufficiente e gli interventi a sostegno della domiciliarità⁵

Il modello organizzativo che è stato pianificato dal Comune di Torino⁶ a sostegno della domiciliarità⁷ è considerato un punto di riferimento per le politiche sociali agli anziani per varie ragioni. Esso innanzitutto rivoluziona l'approccio tradizionale basato sulla netta divisione tra i vari settori che si occupano di erogazione di servizi (sociale e sanitario, pubblico e privato) mettendo al centro i bisogni complessi dell'anziano e volendo darvi risposta in un'ottica di *global service*. Per comprendere i tratti fondamentali di questo sistema è necessario richiamare i principali passaggi che hanno portato alla sua definizione. Questo modello si sviluppa sulla spinta sia del processo di progettazione del Piano di Zona che aveva coinvolto tutti i soggetti attivi nel settore della domiciliarità al fine di ridisegnarne l'assetto e di superare la frammentazione che lo caratterizzava sia dell'introduzione dei livelli essenziali di assistenza con DPCM nazionale del 29 novembre del 2001. La Regione Piemonte recepisce nel 2003 questo provvedimento nazionale sui LEA⁸ adottando una prospettiva molto innovativa e lungimirante, riconoscendo tra le prestazioni con funzioni di assistenza tutelare e aiuto infermieristico a domicilio per non autosufficienti anche quelle prestate da figure non sanitarie, in particolare da familiari e assistenti familiari. Ciò ha significato prevedere che queste fossero meritevoli di compartecipazione della spesa sanitaria del 50%, scelta formalizzata nel 2004 in un protocollo di intesa tra Città di Torino e Aziende sanitarie, confermata nel 2006 con un accordo di programma poi rinnovato nel 2010. Questo processo di definizione congiunta del modello con la sanità e con i soggetti territoriali interessati alla domiciliarità (in primis quelli di Terzo Settore impegnati nell'erogazione dei servizi) ha permesso di introdurre una logica progettuale nei percorsi di presa in carico. Fondamentale a tal fine la determinazione di un budget

⁵ Le informazioni inerenti l'esperienza torinese sono state raccolte con le interviste a tre stakeholder chiave appartenenti all'Area Politiche Sociali della Città di Torino, all'Università di Torino e alla cooperativa sociale Solidarietà, una tra le più grandi operante a livello locale nell'ambito della domiciliarità. A queste realtà va il nostro ringraziamento.

⁶ Nel 2009 la stessa Regione Piemonte aveva adottato il modello in materia di cure domiciliari nella fase di lungoassistenza per persone non autosufficienti, tuttavia la sua diffusione non è mai giunta a realizzazione a causa di provvedimenti e scelte politiche per far fronte ad una situazione di crisi economica che ha portato la Regione ad attuare un piano di rientro.

⁷ Modello pensato per il sostegno alla domiciliarità non solo per anziani autosufficienti e non, ma anche per minori e persone con disabilità.

⁸ DGR n. 51 del 23 dicembre 2003.

socio sanitario che viene stabilito in base ad un percorso di valutazione integrata (sociale e sanitaria) e che si adatta alla singola situazione e al suo mutare nel tempo.

Il caso risulta molto interessante non solo per le logiche organizzative che hanno portato alla sua pianificazione, ma anche perché il sistema sta attraversando una fase di crisi e ridefinizione soprattutto a causa di una situazione di insufficienza delle risorse economiche stanziare, che ha portato a distorsioni che minano proprio i principali punti di forza del modello. Riflettere su queste evoluzioni di un modello ritenuto eccellente, ma dalle confermate incrinature, permetterà di mettere in luce gli elementi che possono ostacolare la realizzazione di un progetto innovativo.

Come affermato, un aspetto peculiare del modello sperimentato dal Comune di Torino è l'integrazione socio sanitaria, che si concretizza sin dal momento di accesso al sistema: l'anziano non autosufficiente si può rivolgere ad uno dei tredici "sportelli unici socio sanitari" presso l'ASL o i Servizi sociali comunali per chiedere informazioni e ricevere la prenotazione al percorso di valutazione. Questo prevede una valutazione sociale, a cura del Servizio sociale del Comune, e una sanitaria, che viene svolta dagli operatori sanitari delle Unità Valutative con scale multidimensionali ed eventualmente una visita a domicilio. Ognuna di queste valutazioni porta alla definizione di un punteggio in base al quale la parte sociale e quella sanitaria hanno lo stesso peso, così che i determinanti sociali e quelli sanitari sono portati a concorrere con la stessa dignità alla costruzione della salute della persona. Le valutazioni confluiscono quindi all'Unità di Valutazione Geriatrica la quale definisce la tipologia di progetto (residenziale o domiciliare) e, in base alla gravità della non autosufficienza e alla presenza di situazioni di urgenza, l'intensità assistenziale.

È a partire dalle caratteristiche e dall'intensità dei bisogni che si stabilisce quindi un budget massimo erogabile (definito da Deliberazione della Giunta Regionale) che è composto per metà dalla quota sanitaria e per metà da quella sociale; questa comprende le quote a carico dell'utente o del Comune in base alle condizioni economiche della persona interessata⁹. Il budget spendibile è consistente e aumenta al crescere dell'intensità assistenziale: da 800 Euro per un'intensità bassa fino a 1.350 Euro per una medio-alta. A questo massimale possono essere aggiunti altri 200 Euro se l'anziano non possiede una rete di aiuti ed ha un bisogno assistenziale medio-alto. Gli operatori sociali e sanitari, assieme al beneficiario, definiscono una proposta di PAI che contiene in dettaglio gli interventi da erogare e il relativo importo di spesa a carico dell'ASL, del Comune e del cittadino.

La definizione di un budget socio sanitario permette di adattare l'offerta in modo molto personalizzato alle esigenze della singola situazione, prevedendo che - entro i limiti stabiliti - si possano combinare tutti gli interventi necessari. Questi comprendono una gamma molto ampia di prestazioni sociali e sanitarie, nonché i servizi prestati dalle assistenti familiari private. Introdurre questo tipo di assistenza all'interno di un sistema che lo riconosce nell'alveo dei livelli essenziali di assistenza è una scelta decisamente innovativa, innanzitutto perché riconosce e dà risposta a bisogni di monitoraggio e sorveglianza delle persone non autosufficienti che sono solitamente delegati in toto alla famiglia; inoltre, incentiva la regolarizzazione del mercato privato della cura, includendolo all'interno dell'offerta formale di servizi. È vero tuttavia che l'introduzione dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) e del Piano per la non autosufficienza 2019-2021 mettono in discussione la scelta di utilizzare parte delle risorse della Sanità per interventi che sono forniti da personale non specializzato.

⁹ La condizione economica si valuta con un sistema ad hoc che, a differenza di altri, considera solo la persona che fa domanda di interventi a domicilio e non la sua famiglia. Attualmente si è fase in una transitoria in quanto si attende che la Regione Piemonte recepisca e dia indicazioni per l'applicazione dell'ISEE che quindi cambierà i criteri di valutazione e di compartecipazione alla spesa.

Il modello torinese è pensato per offrire un pacchetto di interventi non solo completo, ma anche di un'intensità tale da poter fornire risposte appropriate ai bisogni di assistenza continuativa. Una scelta che, in un contesto caratterizzato da risorse finanziarie limitate, implica tuttavia una necessaria riduzione della copertura, poiché si riduce a parità di stanziamento complessivo la percentuale di anziani che usufruiscono dei servizi. È un ulteriore limite del sistema il mancato aumento anche delle risorse organizzative e umane assegnate al settore, elemento che ha determinato un allungamento dei tempi del processo di valutazione e di attivazione degli interventi. Una risposta a questo problema è stata identificata dal Comune nel prevedere alcuni interventi per aiutare la famiglia a gestire la situazione nella fase dell'attesa: sono previsti accordi con il volontariato per interventi "leggeri", la consulenza del Comune alle famiglie sia per la gestione del carico emotivo ed assistenziale, sia per l'assunzione di un'assistente familiare formata (in intesa con i Centri per l'Impiego) e il mantenimento di un monitoraggio delle condizioni di salute per gli anziani più fragili.

In sintesi, questo impianto organizzativo ha un potenziale di efficacia di intervento molto alto, ma necessita di adeguate risorse finanziarie che ad oggi non sono state incrementate in relazione all'aumentare dei bisogni e sembrano informalmente aver determinato sviluppi negativi della progettualità.

1.2. Comune di Brescia: nuovo sistema di assistenza domiciliare integrata¹⁰

Il sistema integrato di sostegno alla domiciliarità promosso dal Comune di Brescia¹¹ risulta molto interessante tra i nuovi sistemi di welfare anziani sviluppatosi in Italia non solo per i cambiamenti organizzativi che ha apportato, ma soprattutto per l'approccio e il metodo con i quali questi sono stati promossi e accompagnati. Si è infatti voluti passare da un sistema di affidamento per gare di appalto ad uno basato sulla co-progettazione tra ente pubblico ed enti di Terzo Settore al fine di sostituire alla logica competitiva gli elementi della collaborazione e cooperazione tra enti. A tal fine, il Comune di Brescia ha anche ricoperto il ruolo di facilitatore di un processo di coordinamento ed incontro tra gli stessi enti del Terzo Settore (cooperative sociali, fondazioni, associazioni di volontariato) che si sono trovati nelle condizioni di dover tessere legami collaborativi per promuovere filiere di intervento complete e integrate.

Ripercorrere gli obiettivi strategici che hanno spinto in questa direzione aiuta a contestualizzare in una cornice di senso questo lavoro di riforma del sistema di domiciliarità. Innanzitutto, si è lavorato per facilitare la costruzione di un sistema integrato di servizi sociali che riuscisse a connettere e integrare tutti gli interventi di welfare per anziani in modo tale da rendere unico l'accesso all'offerta e superare la differenziazione per tipologia prestazionale. Questo perché si sono voluti porre al centro dell'azione i bisogni e le risorse dell'anziano e della sua famiglia, accompagnando le persone in un progetto complessivo di sostegno alla permanenza a domicilio, sostituendo la logica prestazione di mera erogazione di ore di assistenza domiciliare. Inoltre, centrale e strategica è stata la scelta di valorizzare e attivare l'intero tessuto comunitario perché concorresse a integrare l'offerta pubblica soprattutto nel campo della prevenzione e della promozione della salute.

¹⁰ Le informazioni inerenti l'esperienza di Brescia sono state raccolte con le interviste a cinque stakeholder chiave appartenenti all'area welfare del Comune di Brescia nel periodo della riforma, al Servizio Sociale Territoriale, alla Fondazione Casa di Industria e alla cooperativa sociale Elefanti Volanti. A queste realtà va il nostro ringraziamento.

¹¹ Il sistema ha preso avvio da novembre 2017.

Il cambiamento più evidente e radicale che è stato promosso consiste nel fatto che, se prima era un unico fornitore ad aggiudicarsi tutta la gestione dei servizi domiciliari della città, il nuovo sistema accredita una serie di soggetti che hanno determinati requisiti tecnici, professionali ed organizzativi e che il cittadino può scegliere in piena libertà. Operativamente, il bando di accreditamento è sempre aperto; la città di Brescia è stata suddivisa in cinque zone e per ognuna viene chiesto ai fornitori di offrire tutta la gamma di possibili interventi nel campo della domiciliarità compresi quelli a bassa soglia, ad esempio con finalità preventive o di socializzazione. Elemento questo che consente di inserire la logica della **progettazione della presa in carico dell'anziano**, ampliando le possibilità di risposta¹² e adattandole meglio alle diverse e molteplici necessità della popolazione anziana e, allo stesso tempo, preservando e incentivando le specificità territoriali della singola zona urbana. Il nuovo assetto prevede quindi che si possa accedere ad una molteplicità di interventi tramite una sola procedura da fare ad un unico soggetto¹³.

Elemento distintivo e punto di forza di questo modello è, quindi, in sintesi intercettabile prioritariamente nella costruzione - indotta dall'ente pubblico grazie alla logica dell'accREDITAMENTO del servizio integrato - di una filiera di interventi il più possibile completa e ricca che ha portato anche ad una estensione come anticipato dei servizi integrati, altrimenti non prevedibile ad opera di una singola organizzazione. Il soggetto capofila nella richiesta di accreditamento si trova quindi necessariamente a strutturare rapporti di collaborazione con altri enti del Terzo Settore, tra cui in particolare associazioni di volontariato, ma anche altri soggetti come parrocchie, circoli, le Acli, l'Azienda Lombarda per l'Edilizia Popolare; e questo processo consente di includere nuove tipologie di servizi a bassa soglia come, ad esempio, il sostegno telefonico, la consegna della spesa e dei farmaci, compagnia, attività ludico-ricreative, il disbrigo di pratiche burocratiche.

Nel sistema di accreditamento viene anche richiesto che gli enti che lavorano in una data zona della città si debbano dotare di un info-point aperto per almeno dieci ore a settimana. Questo per offrire ascolto e un primo orientamento sull'offerta disponibile e sulle modalità di attivazione del percorso di presa in carico. Scelta che va incontro all'esigenza delle famiglie di avere dei punti di riferimento nel momento in cui si trovano ad affrontare i problemi legati alla gestione della quotidianità di una persona non autosufficiente.

1.3. Comune di Lecco: Servizi Integrati per la Domiciliarità¹⁴

L'esperienza del Comune di Lecco con la realizzazione del SID (Servizi Integrati per la Domiciliarità) ha al centro della sua azione l'offerta di supporto al nucleo familiare che ha in carico il soggetto non autosufficiente e il coinvolgimento in questa risposta dell'intera Comunità, che si cerca di attivare e rendere corresponsabile.

L'iniziativa nasce all'interno del processo di co-progettazione tra il Settore Politiche Sociali del Comune di Lecco e il Consorzio di cooperative sociali Consolida ed ha portato ad una riorganizzazione

¹² Nel precedente sistema, l'assistenza domiciliare comprendeva esclusivamente prestazioni legate alla cura della persona, al governo della casa e all'accompagnamento e, per accedere ai pasti a domicilio, al trasporto e al telesoccorso, la famiglia doveva fare delle richieste separate.

¹³ Sono tuttora esclusi i pasti a domicilio che richiedono un iter distinto.

¹⁴ Le informazioni inerenti l'esperienza di Lecco sono state raccolte con le interviste a due stakeholder chiave appartenenti al Sistema Integrato per la Domiciliarità del Comune di Lecco ed a Auser Provinciale di Lecco. A queste realtà va il nostro ringraziamento.

dei servizi secondo una logica di progressiva specializzazione¹⁵. Il SID si sviluppa infatti come area specializzata nella domiciliarità all'interno del Settore Politiche Sociali e svincolata dal Servizio sociale, ora Servizio Famiglia e Territorio, di cui prima faceva parte come Servizio Anziani. *“Nel momento in cui questo servizio è stato riformulato si è passati dall'erogazione alla progettazione”*¹⁶. Il principale cambiamento promosso consiste nel superamento di un'impostazione puramente prestazionale dell'assistenza domiciliare per adottarne una che si basa sulla progettazione di un piano personalizzato per la permanenza a domicilio dell'anziano che viene formulato assieme alla sua famiglia.

All'interno del SID si offrono tutte le attività necessarie a fornire supporto e accompagnamento: analisi della domanda, valutazione del bisogno per la progettazione di un Piano di Assistenza Individualizzato, che prevede una presa in carico multiprofessionale e un'integrazione tra servizi socio sanitari, fino all'attivazione dei servizi domiciliari. Questi ultimi includono non solo interventi di assistenza e igiene della persona e dell'ambiente, ma anche di supporto alla vita relazionale sia nel proprio domicilio che all'interno della Comunità, nonché servizi di stimolazione cognitiva e sostegno psicologico alla persona e ai suoi familiari e *caregiver*. Nella gamma di interventi attivabili sono presenti anche servizi di consegna pasti, il telesoccorso e la possibilità di usufruire di un operatore che si dedica all'accompagnamento per il disbrigo di pratiche amministrative e per facilitare la conoscenza e l'orientamento ai servizi del territorio. È previsto anche il sostegno all'individuazione, inserimento e monitoraggio dell'assistente familiare per coloro che intendono auto-organizzarsi nell'assistenza a domicilio¹⁷. Il SID è anche il luogo in cui trovare proposte finalizzate alla promozione del benessere e all'invecchiamento attivo che vengono promosse in collegamento con altre iniziative comunali o con organizzazioni sul territorio.

Altro tratto peculiare di questo sistema a sostegno della domiciliarità è che esso intende dare supporto alla famiglia nella cura dell'anziano senza sostituirsi ad essa; per questo -al di là di situazioni complesse - l'intensità del servizio SAD è tendenzialmente bassa, in media pari a due accessi a settimana. Ciò ha permesso di distribuire le risorse su fasce più ampie di soggetti beneficiari, dando priorità alla copertura del servizio invece che alla sua intensità. Quale aspetto positivo, non esiste una lista di attesa, ma viene data una risposta a tutte le famiglie per le quali si ritiene necessario un intervento. Allo stesso tempo, l'offerta di una vasta gamma di servizi permette non solo di modulare una risposta più adeguata alla complessità del bisogno, ma anche di ampliare le possibilità di risposta¹⁸. Nei casi in cui l'intensità assistenziale richiesta sia elevata, il SID aiuta anche nell'attivazione di altre misure regionali come quella della RSA aperta. Si cerca allora di dare forma ad un progetto che non si ferma

15 La co-progettazione a Lecco si caratterizza sia per essere di grandi dimensioni, in quanto comprende tutti i servizi alla persona e i progetti del Settore Politiche Sociali e una parte dei servizi delle Politiche Educative, sia per la capillarità e sistematicità dell'approccio partecipativo e collaborativo alla base del funzionamento dei servizi (Pizzardi, 2016). Il processo prende avvio ufficialmente con il primo bando indetto nel 2006, come esito di collaborazioni già avviate, e vive diverse fasi. Se il primo bando aveva lo scopo di consolidare l'alleanza tra pubblico e Terzo Settore; il secondo ha voluto allargare la dotazione di risorse finanziarie ad una rete più ampia di soggetti appartenenti al mondo associativo. Il terzo, chiuso nel 2018, si spinge all'istituzionalizzazione del partenariato pubblico-privato con la costituzione di un'impresa sociale per rispondere ai bisogni di welfare dei cittadini secondo una logica che li vede co-progettatori e coproduttori (Mariani, 2018). Il meccanismo innescato da questo processo è all'insegna della corresponsabilità tra soggetto pubblico e privato, non si tratta quindi di una “delega potenziata” ma di “una comune responsabilità sulla funzione pubblica” (Marocchi, 2018). Il Terzo Settore viene valorizzato in ciò che sa fare meglio: “La capacità di progettare e far evolvere i servizi con efficienza e flessibilità, intercettando risorse aggiuntive” (id.).

16 Da questo punto del Rapporto in poi, saranno riportati con la modalità testo evidenziato da corsivo virgolettato gli estratti dalle interviste condotte agli stakeholder chiave di ciascun caso studio.

17 Attività che viene promossa in stretta collaborazione con gli sportelli badanti presenti sul territorio che gestisce la Provincia di Lecco.

18 Ad esempio, oltre al servizio SAD possono essere attivati interventi da parte di volontari, la consegna pasti e, se non sono sufficienti a rispondere ai bisogni assistenziali dell'anziano, si suggerisce l'introduzione di alcune ore di assistenza familiare.

all'erogazione di qualche ora di SAD, ma che cerca di ricomporre le possibilità di intervento disponibili sul territorio sulla base dei bisogni e delle risorse della persona e del *caregiver*. Un approccio che sostiene e alleggerisce la famiglia nella gestione del carico di cura condividendone la responsabilità.

Sistema flessibile e bilanciamento di risorse si conciliano, infine, a livello di identificazione dei costi delle prestazioni: i servizi sono a pagamento in base all'ISEE e la quota di compartecipazione può variare da 15 Euro all'ora fino all'erogazione di un servizio gratuito quando le condizioni economiche degli utenti sono inferiori al livello minimo previsto¹⁹.

1.4. Comune di Milano: la riorganizzazione del sistema per la domiciliarità²⁰

Il Comune di Milano ha dato avvio ad un imponente processo di riforma del sistema di domiciliarità socio-assistenziale ed educativa nell'ambito del Piano di sviluppo del welfare 2012-2014²¹. L'esigenza di innovare il sistema nasce dall'analisi del precedente assetto (Tidoli, 2017a) in cui emergeva come questo riuscisse a dare risposte solo ad una parte della popolazione, quella nelle condizioni di maggiore indigenza, promuovendo un'immagine pauperistica e riduttiva dei servizi sociali e impedendo il ricorso a servizi di qualità per coloro che sarebbero stati nelle condizioni di pagarli in tutto o in parte. Inoltre, il modello organizzativo alla base si fondava su un'elevata specializzazione per target di utenza che ha portato a creare dei veri e propri settori di competenza con modelli di accesso e gestione differenziati. Questo rendeva molto difficoltosa l'integrazione tra servizi ed aumentava di conseguenza la frammentazione delle risposte. La riforma, di cui andremo a delineare di seguito i principi guida, si pone l'obiettivo di superare queste criticità, promuovendo un sistema che adatti maggiormente l'offerta al bisogno e che intercetti anche la possibile domanda pagante. Essa ha inoltre fatto leva su un metodo ritenuto fondamentale per promuovere e attuare questi cambiamenti: la co-progettazione e la governance partecipata.

I principi che hanno guidato la riorganizzazione della domiciliarità sono stati essenzialmente due: (i) la trasversalità tra varie tipologie di utenza e il suo ampliamento; (ii) la partecipazione e il coinvolgimento degli operatori comunali e del Terzo Settore. Così, rappresenta elemento propedeutico allo sviluppo del nuovo sistema di welfare anziani il fatto che l'impianto organizzativo dei Servizi sociali ha abbandonato la suddivisione per target di utenza per adottarne una per **aree trasversali**: territorialità, residenzialità, domiciliarità e cultura della salute ed emergenze sociali, diritti e inclusione (quest'ultima aggiunta nel 2017). Il principale riferimento anche a livello organizzativo vuole essere il bisogno della persona indipendentemente dalla fascia di età a cui appartiene (Tidoli, 2017b). Questa scelta ha consentito di integrare le varie linee di prodotto per rispondere alla sempre maggiore complessità dei bisogni.

La riorganizzazione della domiciliarità - come anticipato - si è posta poi l'obiettivo di ampliare il target di utenza verso i soggetti paganti, tale da incanalare la domanda verso i servizi la cui qualità è garantita dal soggetto pubblico. A tal fine, nella definizione delle linee di intervento, sono stati introdotti servizi

19 Nel 2018 rispetto al servizio SAD su 148 fruitori, 103 hanno pagato la quota, mentre 24 ne hanno usufruito gratuitamente per il loro reddito molto basso, a questi se ne aggiungono altri 9 che sono in deroga al regolamento in quanto, pur avendo le condizioni economiche per partecipare ai costi, sono in una condizione di fragilità elevata e complessa.

20 Le informazioni inerenti l'esperienza milanese sono state raccolte con le interviste a due stakeholder chiave appartenenti alle Politiche Sociali Area Diritti, Inclusione e Progetti e all'area del Sistema informativo delle Politiche Sociali del Comune di Milano. A queste realtà va il nostro ringraziamento.

21 Questo prevedeva la riorganizzazione della Direzione centrale delle politiche sociali e cultura della salute e dell'adozione di una nuova modalità di affidamento basata sull'accreditamento.

aggiuntivi che sono svolti da erogatori privati accreditati dal Comune e si pagano in base ad un tariffario predeterminato. Scelta che permette di innalzare il livello di accesso a servizi di qualità e di favorire lo sviluppo delle imprese sociali (Ghetti, 2014). L'offerta per la domiciliarità è diventata quindi molto più **variegata e rispondente ad una vasta area di bisogni**, comprende infatti: interventi educativi, individuali e di gruppo; interventi socio-assistenziali in cui è compreso il SAD; interventi sotto forma di aiuti familiari, quindi servizi di colf, badanti e babysitter; interventi di custodia sociale per attività di prevenzione e socialità per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica; interventi aggiuntivi o peripheral come, ad esempio, la consegna pasti, piccole manutenzioni, trasporti con accompagnamento, iniettorato. A parte quest'ultimi, tutti gli altri interventi sono gratuiti se l'ISEE è sotto una certa soglia oppure a totale carico dell'interessato²². La complessità dell'offerta permette anche di far sì che il cittadino sia libero di scegliere a quale ente rivolgersi per gli interventi di cui necessita, e nel caso in cui la persona abbia bisogno del SAD sono le assistenti sociali del Comune a redigere il Piano Individualizzato Domiciliare (PID), mentre i soggetti erogatori lo recepiscono in modo esecutivo.

Il terzo principio guida è la partecipazione e il coinvolgimento degli operatori comunali e del Terzo Settore nel coordinamento e nella gestione del nuovo sistema dei servizi per attivare in modo sinergico tutte le risorse pubbliche e private (Ghetti, 2014). Innanzitutto, si è scelto di mettere attorno ad un tavolo tutti i soggetti territoriali coinvolti per la definizione dei tratti distintivi del nuovo complesso di interventi a cui è seguita la co-progettazione delle linee guida del nuovo sistema di accreditamento. È stata quindi promossa la creazione di una **governance partecipata** da rappresentanze del Comune e Enti accreditati con pari responsabilità di co-progettazione e cogestione dei servizi (Glenda, 2019). Questa cabina di regia è composta da due tavoli: (i) il tavolo politico-strategico formato da Assessore, Direttore Generale, Direttore del Settore Domiciliarità e due referenti del Terzo Settore; esso ha il compito di prendere decisioni in merito alla programmazione delle politiche per la domiciliarità e alle pratiche gestionali che comportano cambiamenti rilevanti; (ii) il tavolo tecnico-operativo che svolge invece funzioni di programmazione, progettazione, valutazione e controllo ed è costituito dal Direttore del Settore Domiciliarità, dalle Posizioni Organizzative dei diversi settori coinvolti, da due referenti del Settore Territorialità ed uno del Settore Residenzialità e da cinque rappresentanti degli Enti accreditati; questo assetto è stato ideato per rappresentare al meglio tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione degli interventi riconoscendo al Terzo Settore un ruolo paritario rispetto al Comune e facendo in modo che ci promuovesse il dialogo anche tra gli altri settori delle Politiche Sociali.

Rinnovato il sistema domiciliarità nel suo impianto organizzativo, il Comune di Milano ha partecipato al bando "Welfare in azione", indetto dalla Fondazione Cariplo, con il progetto "Welfare di tutti" finalizzato a sfruttare e sviluppare le potenzialità del nuovo assetto per facilitarne l'accesso a tutta la popolazione. È stato quindi creato il sistema WeMi, un portale digitale integrato con una rete di sportelli diffusi nella città che fornisce ascolto, informazioni e orientamento, ma non solo. Esso infatti funge anche da luogo, digitale e fisico, in cui si concretizza la ricomposizione e l'integrazione dell'offerta pubblica e privata dei servizi per la cura e il benessere.

1.5. Il Verbano ed il Novarese: il progetto "La cura è di casa"²³

²² È stata approvata dalla Giunta un nuovo sistema di compartecipazione in base all'ISEE che però non è ancora entrato a regime.

²³ Le informazioni inerenti il progetto sono state raccolte con le interviste a tre stakeholder chiave appartenenti al Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano. A questi va il nostro ringraziamento.

“La cura è di casa” si identifica come un progetto innovativo nella sua capacità di aver costruito una rete di supporto rivolta agli anziani vulnerabili che vivono al proprio domicilio, coordinando diversi soggetti formali e informali che operano già sul territorio²⁴ e mobilitando la Comunità attraverso attività di volontariato, con donazioni o organizzando eventi di fundraising. L’analisi dei bisogni degli anziani del territorio aveva infatti fatto emergere come coloro che accedono ai servizi si trovano già in una condizione di salute molto compromessa e che la rete familiare fatica sempre più ad offrire supporto e monitoraggio a quegli anziani che, pur mantenendo un certo livello di autonomia, sono esposti al rischio di non autosufficienza. Si tratta, inoltre, di una fascia di popolazione esclusa dal sistema di offerta formale a titolarità pubblica o per la quale le risposte sono molto frammentate in quanto i soggetti, pubblici o privati convenzionati, operano in autonomia senza avere a riferimento un modello di coordinamento condiviso.


Le azioni del progetto mirano quindi a ricomporre in filiera gli interventi di prevenzione della non autosufficienza e a fornire pacchetti di prestazioni leggere o “a bassa soglia”. Ciò in un’ottica preventiva che valorizza il posticipare il più possibile la presa in carico complessa.

Grazie a questo progetto gli anziani fragili possono accedere ad un unico sistema di interventi preventivo-promozionali ed assistenziali in cui possono usufruire di un pacchetto di servizi in base alle loro specifiche necessità. L’offerta è molto ricca grazie alla collaborazione sinergica dei diversi soggetti coinvolti, ognuno dei quali si occupa di determinate prestazioni²⁵. Oltre a questi sono offerti eventi di promozione della salute, come anche occasioni di incontro per rafforzare i legami sociali e prevenire l’isolamento. La progettazione degli interventi viene fatta assieme alla famiglia ed è a cura del *Care Planner*, ruolo ricoperto dalle assistenti sociali dei consorzi coinvolti, che si fa garante anche della continuità assistenziale della presa in carico. Tale figura diventa il riferimento degli operatori SAD comunali nel momento in cui le necessità dell’anziano richiedono interventi di maggiore intensità.

Elemento di contesto da non sottovalutare nell’analisi del caso e della sua riproducibilità è sicuramente la dimensione del territorio di riferimento: il progetto interessa la provincia del Verbano Cusio Ossola e del Novarese, un territorio di soli 190.000 abitanti e frazionato in quanto tripartito nelle Comunità del Verbano, Cusio ed Ossola e in 85 comuni. Questa divisione riguarda anche i Servizi sociali che sono in gestione ai tre Consorzi, ma la prospettiva potrebbe essere quella di crearne uno unico - così come è stato fatto con il distretto sanitario - per ridurre la frammentazione dei soggetti istituzionali che si occupano delle Politiche Sociali. Dato il bacino di riferimento, è considerevole che, nei primi quattro anni, il progetto abbia intercettato 612 anziani vulnerabili, di cui 550 hanno usufruito di interventi e servizi e 420 sono attualmente in carico (un ottimo risultato considerando che l’assistenza domiciliare comunale segue tra gli 800 e i 900 utenti). Va inoltre considerato il valore degli interventi preventivi e promozionali, poiché si è trattato sempre di anziani che sarebbero altrimenti rimasti fuori dal sistema dei servizi. Se, inoltre, inizialmente il progetto ha attratto soprattutto anziani in condizioni di povertà, esso ha poi sempre più soddisfatto anche una fascia di popolazione con redditi medio-alti che ha apprezzato questo sistema misto pubblico-privato. Un target completamente nuovo quindi, agganciato grazie ad un approccio informale e meno stigmatizzante facilitato dalla presenza di numerosi volontari,

24 La scelta di un partenariato ampio e vario è alla base della strategia del progetto, esso è composto da 23 soggetti pubblici e privati che comprende la Provincia del Verbano Cusio Ossola, con ruolo di coordinamento, i tre Consorzi dei Servizi Sociali del VCO (Verbania, Omegna e Domodossola), la ASL, le strutture accreditate (in particolare le RSA), le organizzazioni di volontariato, il CREMIT (Centro Ricerca Educazione Media Informazione Tecnologia) dell’Università Cattolica Sacro Cuore Milano e tre Fondazioni erogative (la Fondazione Comunitaria del VCO, Comunità Attiva di Cannobio e Vita Vitalis).

25 Questa può comprendere diversi interventi come, ad esempio: l’igiene e cura della persona, consegna pasti, sorveglianza nell’assunzione della terapia, accompagnamenti, supporto psicologico, disbrigo pratiche, occasioni di socializzazione e compagnia nel proprio domicilio o sul territorio.



dalla promozione di eventi pubblici nella Comunità locale e probabilmente anche dall'attenzione nel curare un vero e proprio piano di comunicazione, aspetto spesso trascurato dai servizi sociali. La creazione e la promozione di un brand ha reso sempre più riconoscibile il progetto ed ha portato effetti positivi in termini di reputazione, di adesione e di fundraising.

Trattandosi di un progetto - diversamente dai precedenti casi - attenzione va posta anche alle leve iniziali dell'innovazione. "La cura è di casa" prende avvio su finanziamento della Fondazione Cariplo con il bando "Welfare in Azione" e la Fondazione è anche esplicitamente il soggetto che ha sollecitato affinché il progetto riuscisse a studiare e sperimentare forme di sostenibilità economica. Se nei primi anni i servizi erogati erano gratuiti, è stato poi introdotto un sistema di compartecipazione che tenesse in considerazione alcuni aspetti. Innanzitutto, si è riflettuto sul fatto che, per intercettare quella fascia di anziani che rimanevano esclusi dal sistema formale dei servizi, bisognava evitare di mettere in piedi un sistema di valutazione dell'ISEE complesso e respingente. Allo stesso tempo, però, era fondamentale fare in modo che le famiglie in grado di contribuire ai costi dei servizi vi accedessero partecipando alla copertura delle spese di sistema²⁶. La sostenibilità economica del progetto non si cerca solo sulla compartecipazione ma su diverse altre fonti di finanziamento: azioni di fundraising, ricerca di altri contributi pubblici e partecipazione ad altri bandi di finanziamento pubblico-privato.

²⁶ Si sono quindi standardizzati i costi delle prestazioni per definire un costo medio all'ora e si è stabilito che per coloro che presentano l'ISEE e questo è al di sotto degli 8.000 EUR (soglia utilizzata dal Comune di Verbania per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali) le prestazioni continuano ad essere gratuite, per gli altri la compartecipazione è del 50% oppure a imputazione del 100% in base a determinate soglie di reddito.

2. PROCESSI, STRUMENTI OPERATIVI, DISPOSITIVI

Secondo quanto osservato negli obiettivi della Riforma del welfare anziani ed emerso anche nei casi studio qui descritti, Spazio Argento e la Riforma dovrebbero, in sintesi, intervenire nell'attuale sistema migliorando:

1. il processo di intercettazione dei bisogni, agendo sia a livello macro con monitoraggio della domanda a livello territoriale che a livello di singolo cittadino, riducendo i costi di intercettazione;
2. il processo di presa in carico, occupandosi della risposta ai bisogni dell'anziano e della sua famiglia al momento del primo contatto, ma anche nel tempo con monitoraggio quindi dell'evoluzione del bisogno;
3. il processo di raccordo, coordinamento ed integrazione tra servizi e tra attori pubblici e privati che offrono i servizi.

Intervenire sui processi ha comunque specifiche necessità operative e - come le considerazioni sin qui riportate hanno già evidenziato - i cambiamenti di processo possono attingere a strumenti operativi e dispositivi gestionali diversi, che potranno rivelarsi come diversamente efficaci ed efficienti a seconda del contesto di riferimento e delle specificità di attori offerenti e di bisogni presenti.

Guardando alla Riforma e alle delibere correlate, si osserva una certa apertura e flessibilità rispetto agli strumenti operativi da porre in essere all'interno dei moduli organizzativi territoriali. Il contesto che più esplicitamente aveva trattato degli strumenti era stato il Tavolo di lavoro costituito nei mesi precedenti all'emanazione della *Legge Provinciale 16 novembre 2017, n. 14*, sotto il coordinamento della Dirigenza del Dipartimento salute e solidarietà sociale. Il Tavolo, composto da diversi soggetti territoriali coinvolti nel welfare anziani²⁷, ha prodotto delle linee guida inserite poi come allegato alla allora Relazione illustrativa al disegno di Legge per la Riforma del welfare anziani. Sebbene il documento prodotto abbia sofferto del limite - richiamato dai partecipanti al Tavolo - di non rispecchiare fedelmente il processo di concertazione avvenuto, esso ha esplicitato una serie di importanti prime riflessioni sui metodi secondo cui avviare tecnicamente il modulo organizzativo di Spazio Argento, identificando quali strumenti operativi chiave: (1) massima accessibilità e vicinanza; (2) continuità della presa in carico; (3) valorizzazione della cooperazione sociale; (4) mix servizi pubblici e privati; (5) valorizzazione delle risorse *out of pocket*; (6) valorizzazione del volontariato e delle reti informali; (7) forte lavoro di équipe; (8) sistema informativo integrato; (9) monitoraggio continuo.

Più di recente si trova una ripresa, sia pur indiretta, di questi strumenti operativi nell'allegato alla Delibera 119 del 30 gennaio 2020 laddove si elencano le auspiccate azioni da intraprendersi nella sperimentazione di Spazio Argento a compimento dei sotto-obiettivi della Riforma e della sperimentazione. Pur non essendo esplicitamente citati come strumenti operativi, si enunciano nella delibera necessità di intervento ancora una volta rispetto ai temi di: presentazione di Spazio Argento (azione 1.a), associabile allo sviluppo di un piano di promozione dello stesso (azione 1.d); attivazione della rete con i soggetti del territorio, pubblici e privati (azione 1.c), declinabile anche azioni di mappatura delle risorse da valorizzare (azione 1.b) e con possibile sviluppo di forme di co-progettazione di nuovi servizi con il privato-sociale (azione 5.a); miglioramento della copertura dei bisogni (azione 1.e) includendovi la presa in carico di persone fragili (azione 1.f) con il fine di giungere allo sviluppo di una raccolta sistematica dei bisogni (azione 2.a); valorizzazione delle attività di prevenzione e promozione di

²⁷ Al tavolo hanno partecipato: Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza, Consiglio delle Autonomie Locali, i responsabili dei Servizi sociali delle Comunità di Valle, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Consorzio della cooperazione sociale trentina, Organizzazioni Sindacali, Consulta per la salute, Federazione Nazionale Infermieri, Ordine dei Medici, Coordinamento circoli anziani e pensionati.

nuovi interventi (azione 3.a) anche volti alla riduzione dei rischi (azione 3.b); realizzare attività di sollievo per i *caregiver* familiari (azione 4.a) e di formazione di famigliari e badanti (azioni 4.b e 4.c); porre in essere azioni pro-attive (azione 5.b); predisporre procedure e accordi con APSS e altri enti gestori (azioni 6.a e 6.b); elaborare progetti assistenziali individualizzati e strategie di raccordo con i soggetti coinvolti per la presa in carico di famiglie multi-problematiche (azioni 7.a e 7.b).


Sintetizzando i due documenti e le sottostanti riflessioni istituzionali, ed allineandoli agli elementi di processo su cui è necessario intervenire nella definizione dei nuovi moduli organizzativi di Spazio Argento, da un punto di vista scientifico e di approccio di ricerca sembra opportuno e utile seguire la logica della strutturazione del percorso di offerta integrata e associare, metodologicamente, all'analisi dello strumento operativo la lettura di casi studio e pratiche territoriali di sistema di welfare anziani che, nel panorama nazionale, si presentano particolarmente rilevanti e che forniscono poi osservazioni specifiche sia sui dispositivi applicati per rendere lo strumento attivo, sia sui punti di forza e di debolezza che ciascuno ha riscontrato nell'applicazione (come riporta sinteticamente anche la Tabella in allegato al rapporto). Inoltre, è scelta metodologica quella di non affrontare l'analisi dell'intero processo di riforma del welfare anziani, ma come già premesso di focalizzare l'attenzione sugli elementi che migliorano i processi in cui l'offerta di servizi è strutturata.

Gli strumenti operativi su cui quindi si punterà l'attenzione sono: (1) l'attivazione e valorizzazione dei soggetti del territorio fin dalle fasi della co-progettazione, così da creare una rete con non sia solo sommatoria delle azioni dei singoli, ma processo integrato che migliora anche i processi di mappatura e coordinamento della domanda e dell'offerta; (2) l'accessibilità, vicinanza e informazione al cittadino, tale da migliorare il processo di incontro tra la domanda e l'offerta e migliorare l'efficacia iniziale del processo; (3) la continuità della presa in carico, con lo sviluppo di risposte individualizzate ed innovative per estendere la copertura dei bisogni e per rispondere anche alle situazioni di multi-problematicità; (4) l'integrazione dell'offerta di servizi, guardando alle possibilità operative di creazione di un mix tra pubblico e privato, di servizi che agiscono dalla prevenzione alla risposta a bisogni domiciliari alla risposta a bisogni delle famiglie; (5) l'integrazione tra funzioni e professionalità, con sviluppo di luoghi e istituzioni (come le equipe) a supporto di Spazio Argento o in esso integrate; (6) la revisione dei processi informativi, come obiettivo cui tendere nel medio-lungo periodo²⁸ per una migliore condivisione operativa delle conoscenze non solo tra settore sanitario e socio-assistenziale, ma anche e soprattutto tra enti coinvolti nell'offerta di servizi e nella presa in carico completa.

2.1. Attivazione e valorizzazione del privato sociale

La centralità degli attori del privato sociale è riconosciuta in tutto l'iter che dalla Legge di Riforma sta portando oggi verso la sperimentazione dei moduli organizzativi di Spazio Argento. Co-progettazione, collaborazione, raccordo sono i termini usati frequentemente per descrivere un cambiamento - o quantomeno rafforzamento - dei processi in essere che vedono attori pubblici e privati agire congiuntamente non solo - come si avrà modo di affrontare poi - sull'offerta di servizi, ma anche sulle iniziali fasi della mappatura delle risorse, della progettazione dei servizi, della presa in carico delle persone. Se l'attuale panorama è già caratterizzato quindi da un significativo ruolo del Terzo Settore nella produzione dei servizi, gli obiettivi specifici di Spazio Argento sono identificati nella 'attivazione' di

²⁸ L'obiettivo è da ritenersi non di breve periodo e attuabile sin dalle fasi della sperimentazione del modulo alla luce sia delle riscontrate difficoltà attuative di alcune procedure allo stato attuale - come sottolineato nella premessa alla Delibera 119/2020 - che dei costi e dei tempi operativi per una simile ristrutturazione del sistema attuale.



una 'rete' tra questi soggetti, dove il concetto di rete va visto proprio nella logica di insieme di relazioni esistenti tra i soggetti presenti nel territorio e va analizzato nei suoi aspetti strutturali (soggetti al centro della rete, intensità e frequenza della relazione lineare con i singoli soggetti che fanno parte della rete) e interazionali (rispetto soprattutto al funzionamento della rete e ai legami tra i suoi componenti).

A questo si aggiunge l'obiettivo, che deve trovare rispondenti strumenti operativi, della 'valorizzazione' dei soggetti di Terzo Settore in quanto detentori soprattutto di specifiche competenze, da cui si deduce la necessità di approfondimento e di identificazione di quelli che possono essere i luoghi ed i dispositivi della valorizzazione. Alla cooperazione sociale (ma in senso ampio agli enti di Terzo Settore) sono riconosciute infatti competenze e conoscenze che possono essere messe a disposizione del sistema del welfare agli anziani.

Dati i suddetti fini, un primo strumento e luogo di attivazione e valorizzazione può essere - e dovrebbe essere - quello della **pianificazione dei servizi**. Innanzitutto, gli enti del privato sociale erogatori di servizi possono ampliare la riflessione e la conoscenza sull'offerta esistente e realizzabile di servizi domiciliari agli anziani. Ad essi vanno riconosciute doti di flessibilità nell'offerta del servizio e di innovazione, ma è per essi spesso carente la conoscenza del livello di complementarità tra i propri servizi e quelli offerti dagli altri soggetti del territorio con equivalente sottovalutazione della presenza di aree e tipologie di servizi non coperti dall'offerta privata sociale nel territorio. Co-progettare significherebbe quindi disporre di un quadro molto più completo e dettagliato di tutti i tipi di interventi offerti dagli attori del territorio, degli spazi per l'innovazione e per il completamento dell'offerta, passando già nella fase iniziale dall'ottica di servizio e prestazionale a quella dell'integrazione di servizi e garantendo al contempo allineamenti tali da evitare sovrapposizioni di servizi e relative inefficienze dal punto di vista di gestione delle risorse. Il ruolo degli attori di Terzo Settore in fase di co-progettazione può essere identificato nella possibilità di giungere ad una più completa analisi dei bisogni e dell'evoluzione dei bisogni del territorio. Gli enti di Terzo Settore sono infatti sentinelle del territorio grazie anche alle reti di comunicazione informale di cui si avvalgono e vanno considerate le capacità di disporre di informazioni sulla popolazione anche spesso più snelle e rapide rispetto a quanto in possesso dell'ente pubblico. Spazio Argento quale luogo della co-progettazione potrebbe quindi essere identificato anche come momento di condivisione e creazione di economie di conoscenza rispetto alla domanda e ai bisogni del territorio. Considerando, infine, la maggiore flessibilità degli enti di Terzo Settore ad adattare l'offerta alla domanda, il loro coinvolgimento in sede di pianificazione pluriennale con l'ente pubblico potrebbe aprire alla riflessione sulla possibilità per tali enti di disporre di alcuni margini di cambiamento o ampliamento dell'offerta in itinere per rispondere a bisogni emergenti ed obiettivi pluriennali di programma, svincolando il sistema dalle attuali rigidità grazie ad una garanzia di maggiore autonomia degli enti vincolati tuttavia da un chiaro obiettivo progettuale pubblico. Infine, come evidenziato dal Tavolo di lavoro, gli enti di Terzo Settore sono anche in grado di raccogliere dal territorio risorse aggiuntive - dai bandi privati alle donazioni, alla contribuzione al servizio da parte dei cittadini - e va quindi considerato il ruolo che gli stessi potrebbero avere in sede di pianificazione proprio sull'elemento ulteriore delle risorse da mettere a sistema e sulla complementarità tra risorse, così da ottimizzare un altro aspetto di efficienza gestionale. Ciò non significa ovviamente ridurre le risorse pubbliche impiegate sulle azioni in oggetto, ma semmai pianificarne meglio la distribuzione su quei servizi e su quelle azioni che non godono di possibilità di finanziamento diverse.

Quali dispositivi quindi attivare per un corretto coinvolgimento degli attori di Terzo Settore nelle fasi di pianificazione? Il processo di co-progettazione può essere attivato con diversa intensità e formalizzazione, limitandolo a momenti di incontro più occasionale o strutturandolo in Tavoli di lavoro più continuativi. Ma può essere anche visto come un momento di riflessione condivisa tra ente pubblico


e privati piuttosto che delegato al coordinamento dei privati tra loro e poi riportato all'interno dell'ente pubblico. Nella lettura dei casi studio si rifletterà proprio su queste dimensioni.

Un secondo luogo di valorizzazione della cooperazione sociale e degli enti di Terzo Settore può essere identificato nella fase di **analisi della domanda e dei bisogni individuali**. L'offerta di servizi personalizzata che caratterizza gli enti di Terzo Settore, l'entrata in contatto diretta con il contesto familiare del beneficiario del servizio, la presenza in questi enti di professionisti che creano relazioni fiduciarie con l'utente e la sua famiglia e che dispongono di formazioni eterogenee che riconducono le informazioni secondo costrutti interpretativi differenti, permettono di ampliare le conoscenze sul caso e di confezionare un'offerta più specifica e al meglio rispondente alle esigenze della persona e della sua famiglia. Ecco perché la condivisione tra enti pubblici ed enti di Terzo Settore diviene fondamentale a livello di strutturazione della proposta di servizio al singolo richiedente. Ciò ha ripercussioni, quindi sulle fasi della accessibilità, vicinanza, presa in carico, come si avrà modo di discutere nei successivi paragrafi.

Quali dispositivi attivare? Innanzitutto, pare che un elemento propedeutico per una corretta condivisione delle conoscenze sia una condivisione del "linguaggio". Professionisti diversi (pubblici e privati; assistenti sociali, medici, dirigenti, operatori, ecc.), settori diversi (socio-assistenziale e sanitario) e nature organizzative diverse (ente pubblico verso impresa sociale) spesso hanno difficoltà di dialogo - come si avrà modo di confermare oltre che con i dati delle interviste - e tali eterogeneità devono essere il più possibile appianate per trovare modi di comunicare rapidi ed efficaci. La condivisione delle conoscenze non va inoltre intesa in senso unidirezionale (l'ente privato che mette a disposizione conoscenze a favore dell'ente pubblico) né in senso bidirezionale (tra ente pubblico ed ente del Terzo Settore), ma possibilmente in senso reticolare: le informazioni che ciascun ente recepisce sulla persona seguita devono essere messe in rete in modo agevole e superando le barriere della privacy o della competenza di ente, sì da raggiungere gli auspicati obiettivi dell'efficienza e dell'efficacia del sistema e garantendo ad ogni ente una migliore comprensione dei bisogni della persona grazie all'accesso ad informazioni altrimenti non intercettabili dal singolo ente.

Un terzo livello in cui conoscenze e competenze degli enti di Terzo Settore divengono cruciali è identificabile nella **complementarietà tra professionalità impiegate e ruoli ricoperti**. Come il Tavolo di lavoro ha evidenziato, le stesse organizzazioni di volontariato impiegano nei servizi agli anziani persone e figure non presenti altrimenti negli enti pubblici: cittadini attivi e volontari, rappresentanti della Comunità e, quindi, rafforzativi del legame del beneficiario con il suo territorio e con la società (in un modello migliorativo della percezione di accettazione e di inclusione sociale dell'anziano); persone con formazione, motivazioni intrinseche, sensibilità molto eterogenee, che possono essere canalizzate nella risposta a bisogni specifici del beneficiario del servizio. La formazione dei professionisti è nelle cooperative sociali mediamente elevata e continuativa (non solo in termini di corsi di aggiornamento) e ciò incide sulla qualità delle prestazioni erogabili; aspetti quindi che vanno considerati, monitorati e supportati (anche economicamente o organizzativamente) dall'ente pubblico. Come osservato precedentemente, poi, grazie a tali diverse professionalità, cooperative sociali e principali enti di Terzo Settore dispongono di conoscenze e competenze che possono essere considerati unici per la gestione del caso e va identificato a quale livello è opportuno che tali competenze vengano quindi sfruttate dal sistema: se solo a quello dell'erogazione del servizio (mantenendo quindi un ancoraggio maggiore all'attuale sistema prestazionale) o se già a quello della pianificazione del servizio.

Tra i dispositivi da tenere presenti nella valorizzazione delle professionalità attivate negli enti di Terzo Settore vi sono quindi: (i) gli strumenti formativi, da erogare direttamente, richiedere o sostenere tra gli enti di Terzo Settore, cercando di incentivare la formazione individualizzata da parte di ciascun ente per



evitare proprio la perdita di quegli elementi di specificità e unicità della professionalità e dei ruoli che caratterizzano oggi gli enti di Terzo Settore; (ii) i dispositivi che integrano e fanno convergere le competenze in momenti unici di confronto, ed è a questo livello che si deve comprendere, ad esempio, come esponenti dei vari ambiti possano essere coinvolti anche in fase di analisi del caso, possano far parte di una équipe pubblico-privato di analisi dei bisogni della persona o possano affiancare (o farsi carico in prima persona) il case manager. Aspetti, questi, di cui si terrà conto nell'analisi delle strategie operative che seguiranno.

A conclusione di questa riflessione sul ruolo degli enti di Terzo Settore e sulla sua valorizzazione, si vuole osservare come vada incentivata quindi la **costruzione di una rete integrata**. Non quindi la sommatoria di servizi, ma l'integrazione di obiettivi, elementi di predisposizione dell'offerta ed elementi di analisi della domanda. Ancora una volta, l'integrazione deve passare da un rapporto unidirezionale o bidirezionale pubblico-privato sociale ad un sistema stellare in cui la rete è anche tra soggetti del privato. Sotto il profilo dell'integrazione pubblico-privato sociale la Riforma e l'impostazione della sperimentazione sembrano infatti già sufficientemente puntare al miglioramento delle pratiche in essere: si riconosce infatti il ruolo della pubblica amministrazione non solo come soggetto affidatario dei servizi alle cooperative sociali e agli altri enti di Terzo Settore, ma anche come soggetto attivatore della rete e del coinvolgimento anche di nuovo volontariato e nuovi soggetti attivi del territorio. Con conseguente necessità quindi ora di adottare effettivamente strumenti operativi e dispositivi che agevolino la collaborazione tra le parti. Rimane più sfidante e di più complessa attuazione e declinazione pratica (con necessità di attivazione di processi molto individualizzati all'interno dei territori) l'attivazione di una rete complessa e strutturata tra gli enti di Terzo Settore che benefici il sistema in termini di efficacia e di efficienza. Le reti presenti nel sistema del welfare agli anziani sono - come si avrà modo di vedere nei casi studio e dalle interviste realizzate - talvolta caratterizzate da livelli di confronto e integrazione tra professionisti che rischiano di perdere di continuità e stabilità se promosse informalmente. Il livello gestionale e istituzionale potrebbe essere rafforzato per inserire le buone prassi di integrazione all'interno di un modulo organizzativo coerente come quello che la Riforma cerca di promuovere. Va quindi fatta una significativa riflessione su quale rete è possibile ed efficiente promuovere e su quali dispositivi possano incentivare lo sviluppo della rete tra gli enti di Terzo Settore tra loro e con l'ente pubblico.

Le pratiche che paiono percorribili sono ancora eterogenee. È possibile assumere che sarà proprio la natura di Spazio Argento a spronare ad una spontanea revisione delle modalità in cui gli enti di Terzo Settore si relazionano tra loro: chiamati ad una integrazione di servizi e al superamento della logica prestazionale, gli enti potranno concepire la necessità di sviluppi di filiera per i quali la collaborazione tra enti diverrà necessaria. Sono tuttavia pratiche non scontate che potrebbero essere (o andrebbero) opportunamente incentivate anche da parte dell'ente pubblico. Esistono, ad esempio, dispositivi normativi quali la partecipazione ad appalti e ad affidamenti da parte di reti (ATI, RTI) che richiedono ai soggetti esterni di prevedere ex-ante ed in maniera vincolata la strutturazione di un gruppo per offrire servizi in modo integrato. O a livello intermedio l'ente pubblico potrebbe prevedere la messa in rete degli enti di Terzo Settore attraverso la costruzione di piattaforme o la promozione di momenti di incontro e di agevolazione della conoscenza e condivisione di pratiche, obiettivi ed azioni.

Su questi elementi si continuerà a riflettere parlando di mix di offerta pubblico-privata, ma è necessario comunque da subito tenere presente questo aspetto di complementarità e di ruolo attivo degli enti di Terzo Settore, con relative possibili difficoltà operative e concettuali allo sviluppo di buone pratiche di integrazione e di realizzazione di una rete efficace.


2.1.1. Co-progettazione e accompagnamento nella pratica

Il caso forse più interessante nella riflessione sulle modalità in cui la valorizzazione degli enti di Terzo Settore - tutti - viene attivata è quello del Comune di Brescia. Nei processi di riforma attivati dal Comune e brevemente descritti al paragrafo 1.2 è infatti chiaramente identificabile il forte investimento realizzato nella creazione a tutto tondo di una rete integrata tra attori pubblici e privati. In particolare, l'integrazione non si realizza solo a livello di erogazione dei servizi, ma il modello pone attenzione anche al coinvolgimento nelle fasi preliminari della co-progettazione e dell'accompagnamento. Nell'intenzione di riformare il sistema a sostegno della domiciliarità - passando da un sistema di appalto ad uno di accreditamento - il Comune di Brescia ha nello specifico attivato un processo di co-progettazione che ha coinvolto tutti gli enti gestori dei servizi per anziani della città (fondazioni, cooperative, associazioni), i sindacati, gli organismi di consultazione nel settore del welfare, i rappresentanti del Servizio Sociale comunale, l'azienda sanitaria, l'ordine dei farmacisti e dei Medici di Medicina Generale. Il percorso intrapreso ha visto il susseguirsi di numerose fasi in un lasso di tempo alquanto consistente, solo la co-progettazione del sistema di accreditamento è durata più di anno (da metà del 2016 fino a novembre 2017 quando è iniziata la sperimentazione), ma la gestione del processo di cambiamento è di fatto ancora in atto. *“Il sistema di accreditamento, per come è stato concepito dal Comune di Brescia, ha richiesto un passaggio molto più elevato rispetto all'accREDITAMENTO standard perché accREDITARE il soggetto per tutti quanti i servizi domiciliari non è come dire accREDITO il servizio di assistenza domiciliare”*. Questo ha richiesto un intenso lavoro di costruzione condivisa dei processi e un successivo e continuo accompagnamento. Ai fini di questo report non si intende ripercorrere ogni singola tappa, quanto invece mettere in luce i vantaggi e i costi dei numerosi dispositivi che sono stati utilizzati per co-progettare ed accompagnare una profonda innovazione nei processi di presa in carico dell'anziano che vive al domicilio.

Nella riprogettazione del sistema integrato della domiciliarità si sono promossi, in fase di ideazione, due **focus group** con tutti gli enti gestori dei servizi per anziani, i sindacati e alcuni rappresentanti del Servizio Sociale comunale. In questa sede, sono stati trattati inizialmente argomenti quali i bisogni degli anziani e delle famiglie e il sistema di riposte territoriali, successivamente si sono messe a confronto le opinioni sulle possibili strategie di miglioramento dell'offerta. Questi focus group hanno permesso di porre le prime basi del nuovo sistema di accreditamento partendo dalle percezioni e opinioni dei principali portatori di interesse. Gli elementi raccolti sono stati quindi rielaborati e riesaminati sia in un incontro più ristretto tra enti del Terzo Settore e Servizio Sociale comunale che dal gruppo tecnico per l'accREDITAMENTO. Quest'ultimo ha lavorato diversi mesi per l'elaborazione della bozza del “progetto tecnico domiciliarità” che è stata sottoposta al vaglio del **Consiglio di Indirizzo** di cui fanno parte le realtà maggiormente rappresentative del Terzo Settore. Si tratta di un attore collettivo di governance delle Politiche Sociali della città, introdotto su spinta del progetto “Brescia città del noi”²⁹, finalizzato a raccogliere la voce di diversi attori territoriali (ordine dei medici e dei farmacisti, forum Terzo Settore, Confcooperative, sindacati, Uneba, fondazioni) in merito alle scelte nel campo del welfare sociale. Un organismo che ha ricoperto un *“ruolo fondamentale per accompagnare processi di ridefinizione del welfare e in particolare del servizio di assistenza domiciliare. Prima che l'assessore porti nuove istanze in Giunta comunale, queste vengono discusse nel Consiglio di Indirizzo”*. Questo non ha solo funzione di consultazione, ma anche di co-progettazione con l'amministrazione comunale.

Un altro importante processo ha riguardato la conduzione di alcuni incontri tra i dirigenti del Servizio sociale e dell'azienda sanitaria (ATS) al fine di definire alcuni accordi sull'integrazione delle competenze

29 Progetto finanziato da fondazione Cariplo con il bando “Welfare in Azione”.




in caso di anziani con bisogni socio sanitari. Questo lavoro di integrazione non si è fermato ad un livello istituzionale, ma si sono promosse anche occasioni di **formazione congiunta** che hanno visto coinvolti i Medici di Medicina Generale, gli assistenti sociali e il personale dell'azienda sanitaria. Questi si sono confrontati sulle collaborazioni attivabili in una logica territoriale di gestione dei servizi facendo delle vere e proprie simulazioni di casi concreti. In tal modo il processo di ridefinizione del sistema integrato e dell'accesso unificato ha potuto contare su una condivisione preliminare tra gli attori che poi si occupano dell'erogazione delle risposte e su un'ottimizzazione delle risorse. *“Che ci fosse la possibilità di avere noi stessi una visione interrata ha portato ad evitare doppioni, una sommatoria di interventi e che i caregiver debbano fare un lavoro di rappazzamento, di connessione del puzzle a volte poco integrato e congruente sui bisogni della persona”.*

Una volta definito il progetto definitivo e restituito lo stesso a tutti i portatori di interesse, la Giunta comunale approva, nel giugno 2017, le nuove linee per l'accreditamento del sistema integrato dei servizi domiciliari e il relativo disciplinare. Il mese seguente si formalizza l'Albo dei fornitori per ognuna delle cinque zone della città. In questa fase prendono avvio due filoni di lavoro, il primo riguarda la comunicazione e la promozione del nuovo sistema, il secondo è volto alla sua traduzione operativa. Rispetto alla prima sono promosse diverse **azioni di comunicazione sociale** diffuse ed esplicite *“Se solitamente la pubblica amministrazione tende a lasciare uno spazio residuale alla comunicazione, in questo caso sono state dedicate risorse specifiche, derivanti dal bando di Fondazione Cariplo, che hanno portato non solo una semplice informativa ma ad una brochure, ad un video-testimonia che hanno messo in moto una comunicazione di sistema”.*

Per quanto riguarda la traduzione operativa del sistema, la dirigente delle Politiche Sociali ha attivato un **gruppo operativo** con i principali obiettivi di costruzione dello strumento tecnico della scheda di progetto e di simulazione di casi. Il lavoro che si produce in tale sede viene di pari passo presentato agli Enti accreditati, all'ATS e ai Medici di Medicina Generale in modo tale da garantire un continuo allineamento sulle scelte operative che implica il nuovo sistema. Processo che si chiude con la sottoscrizione del “patto di accreditamento” tra Comune ed Enti accreditati, dispositivo volto a formalizzare gli obblighi reciproci e le possibili cause di cancellazione, a prevenire la corruzione e a gestire il trattamento dei dati personali. Analogamente si sottoscrive anche un **accordo con l'azienda sanitaria** in cui sono illustrate le modalità operative di presa in carico degli utenti che hanno necessità socio sanitarie. La scelta di lavorare sulla simulazione e sulla definizione di percorsi operativi è vincente per promuovere un'integrazione che dal livello istituzionale trovi effettivamente riscontro anche a quello organizzativo ed operativo.

“Il sistema di accreditamento deve essere accompagnato e mantenuto anche nel momento in cui parte, occorre dissodare il terreno facendo partecipare tutti i soggetti potenzialmente interessati al nuovo sistema anche con delle attività formative comuni”. Dall'avvio del biennio di sperimentazione si sono introdotti **incontri di monitoraggio ogni 15 giorni** tra Comune, Enti accreditati anche per dare supporto tecnico-amministrativo. *“Poiché stavamo parlando di un cambiamento di sistema e non di vendere dei prodotti, si affrontano processi complessi che bisogna cercare di aiutare andando a spiegare i cambiamenti da subito (...), affrontare le problematiche e trovare assieme delle soluzioni”.*

La promozione e gestione di un simile processo richiede di essere mantenuto costantemente *“se non fai l'accompagnamento, quello che è il punto di forza del sistema diventa un punto di debolezza”.* Il Comune di Brescia ha infatti studiato diversi dispositivi per promuovere un'effettiva partecipazione di tutti i portatori di interesse alla costruzione del nuovo assetto organizzativo. Se questi sono stati indispensabili per attuare una riforma di sistema, hanno allo stesso tempo richiesto un ingente



investimento di tempo e, quindi, di risorse economiche³⁰ sia per l'amministrazione comunale che per i soggetti di Terzo Settore. *“Il processo è stato per noi molto oneroso e faticoso (...). Ho ripreso sottomano solo alcune delle attività che abbiamo fatto prima della sperimentazione (...) mi sono venuti i brividi a pensare a quante riunioni, a quante implicazioni operative e organizzative, i passaggi politici che sono stati necessari, il coinvolgimento e il convincimento di tanti attori sia in versione aggregata sia nella nostra struttura”*. Si tratta quindi necessariamente di un processo impegnativo sia in termini di tempo che di **competenze professionali**: alcune cooperative si sono dovute dotare di nuove figure professionali, allo stesso tempo sono stati importanti gli investimenti in termini di formazione soprattutto delle assistenti sociali comunali. *“Il problema di questi processi è avere le professionalità giuste all'interno della pubblica amministrazione, che sono professionalità più animative, aggregative che non tradizionali”*. Particolarmente difficile è stato il cambio di ruolo delle assistenti sociali all'interno del nuovo sistema. *“La sincerità vuole che le difficoltà più grandi le abbiamo riscontrate nel Servizio sociale, ancorate al loro modo di concepire il servizio domiciliare fatto di “rispondo alle esigenze, pianifico le attività”. (...) Abbiamo cercato di far capire loro che non stavamo stravolgendo il ruolo del Servizio sociale, ma lo stavamo valorizzando perché si andava a configurare come chi progetta, verifica e controlla che si andassero a rispettare le esigenze del cittadino con un rapporto diverso con l'ente gestore”*.

Gli adattamenti sono stati comunque anche sul piano più operativo ed amministrativo, poiché il processo ha richiesto di *“tenere assieme i tecnici del sociale e dell'amministrazione per evitare che quest'ultimi leggano il cambiamento come un peso in più, ma che si sentano coinvolti nella creazione di un sistema più fluido e di facile accesso al cittadino”*. L'impegno amministrativo per gli enti di Terzo Settore è stato facilitato dai funzionari del Comune attraverso azioni di tutoraggio che hanno portato alla creazione di tutta la modulistica necessaria (contratto tra ente erogatore e utente, liberatoria per l'utilizzo dei dati, ecc.) per il passaggio al nuovo sistema di accreditamento. Ulteriori costi quindi del cambiamento operativo, ma che risultano nelle parole dei soggetti intervistati essere anche premiali nei risultati cui stanno conducendo: la soddisfazione degli utenti - come emerso dai risultati della somministrazione di un questionario a cura dell'Agenzia Conoscenza e Innovazione (2018) ad un anno dall'avvio della sperimentazione - è molto elevata. *“La grande maggioranza parlava di una qualità del servizio, di una attenzione dei soggetti che ruotano attorno all'utente più orientante rispetto a prima. Ci sembra di capire che la qualità dell'offerta sia migliorata, o almeno non abbia generato delle cadute, delle dispersioni, come si rischiava di rilevare nel passaggio da un sistema all'altro. (...) Anzi, abbiamo aumentato il numero dei fruitori e accanto ad alcuni progetti individualizzati sono nate nuove collaborazioni all'interno della rete che si è creata”*.

Quali apprendimenti si possono trarre da questo caso? I livelli di soddisfazione rilevati sono l'elemento di valutazione dell'efficacia che l'azione ha avuto, dalla quale si può trarre una lettura di sintesi del processo di cambiamento nel welfare anziani e di risultati conseguibili. I modelli volti a coinvolgere gli enti di Terzo Settore del territorio in ottica partecipata e di co-progettazione richiedono di non limitarsi al mero uso di pochi Tavoli di confronto che “assolvano” alla pratica della consultazione. Il vero coinvolgimento e la vera co-progettazione passano dall'applicazione di più dispositivi, di luoghi e organismi di confronto ripetuti e perciò anche costosi per le parti. Essi passano inoltre per adeguamenti nelle dinamiche organizzative e nelle professionalità, che richiedono di leggere in modo critico le figure attualmente esistenti nei propri sistemi e addette all'intermediazione tra pubblico e privato. Il processo richiede anche di agire sulle modalità in cui la collaborazione ha luogo non solo in modo verticistico - tra

³⁰ Il progetto “Brescia città del noi” aveva anche lo scopo di accompagnare questo progetto di ridefinizione e innovazione del sistema domiciliarietà.

ente privato e pubblico - ma anche in modo orizzontale tra enti di Terzo Settore, non dando per scontato che la rete sia un processo sempre naturale. Investimenti quindi sui processi molteplici e complessi affinché tuttavia si riesca a raggiungere l'obiettivo del miglioramento deciso dell'offerta integrata di servizi e del benessere da questi prodotto agli anziani e alle famiglie.

2.1.2. Coordinamento e governance della rete

Gli elementi del coordinamento e della valorizzazione degli enti di Terzo Settore non sono rilevabili solo - come nel caso precedente - nelle revisioni di sistema, ma paiono essere elemento cruciale e vincente anche nelle singole progettualità. A questo si giunge leggendo in modo critico il caso del progetto "La cura è di casa", nel quale nodo cruciale del successo è risultato essere proprio la costruzione e il coordinamento di una rete di attori pubblici e privati. Specificità di questa rete è stata la necessità di trovare un dispositivo che permettesse di agire in un contesto caratterizzato da un territorio molto disperso; la risposta è stata trovata nella sperimentazione delle **partnership paritarie** secondo cui ad ogni ente è richiesta la stessa corresponsabilità: *"Non c'è più la sanità che decide, il socio-assistenziale che decide, il Comune che decide; c'è una governance che mette intorno ad un tavolo tutti i soggetti attivi sul territorio"*.

Oltre alla cabina di regia pubblica composta dai responsabili del management e del coordinamento del progetto e della sua rendicontazione, è stata costituita **un'assemblea dei partner** che raccoglie il livello dirigenziale dei vari soggetti e si trova ogni tre mesi per tenere aperto il confronto sull'andamento del progetto e discutere possibili proposte di miglioramento. All'interno della stessa viene anche negoziato annualmente l'utilizzo e la distribuzione del budget di progetto che viene ripartito per ognuna delle zone in cui è stata suddivisa la provincia. Il livello di governance più operativo vede infatti la divisione della provincia in otto aggregazioni territoriali che hanno a riferimento due figure chiave che lavorano in stretta collaborazione: il *Network Manager* e il *Care Planner*. Il secondo è un ruolo ricoperto prevalentemente dalle assistenti sociali dei Servizi sociali consorziati e si occupa della valutazione iniziale del bisogno dell'anziano e del nucleo familiare e della costruzione del piano di intervento assieme al *Network Manager*. Quest'ultimo ha il compito di coordinare il flusso di richieste di attivazione dei servizi e di gestire il budget di quell'area. Funzioni che vengono svolte da operatori sia di partner pubblici che privati che hanno profili professionali molto diversi, possono essere assistenti sociali, fisioterapisti, responsabili amministrativi, psicologi.

Al fine di mantenere sempre in dialogo il piano di governance con quello operativo, sono stati aperti dei tavoli di lavoro dedicati al *Network Manager* e al *Care Planner*. Questa è stata la sede per costruire alcuni strumenti operativi, quali ad esempio la scheda di valutazione dei bisogni e per rimodulare eventualmente la distribuzione del budget. *"C'è una corresponsabilità come in tutte le buone famiglie: c'è chi spende di più, chi meno, chi fa una buona programmazione. È un lavoro di condivisione, di discussione anche su quali sono i correttivi che si possono attivare"*. Il modello di allocazione del budget si basa sul numero dei potenziali beneficiari per ogni aggregazione territoriale, questo però viene rimodulato in relazione al bisogno che i *Network Manager* e i singoli soggetti rilevano nei singoli territori. Il budget teorico viene discusso all'interno dell'assemblea dei partner e dei Tavoli di lavoro per adattarsi alle erogazioni effettive. *"Ci sono infatti territori che potenzialmente hanno un certo numero di beneficiari in cui in realtà non abbiamo così successo per tutta una serie di motivi, magari per condizioni economiche migliori o perché forse la nostra rete non è così attiva nel territorio"*.

L'esperienza de "La cura è di casa" ha insegnato che per governare al meglio questi legami collaborativi tra i partner non basta avviare processi di comunicazione e coordinamento, bisogna invece

continuamente facilitarli e considerare la loro manutenzione una delle attività costanti del progetto.

“L’errore è stato quello di avere talvolta sottovalutato la complessità di governare questi elementi, dando per scontato che l’aver avviato/facilitato processi di maggior comunicazione e coordinamento tra diversi soggetti e ruoli fosse sufficiente a ridurre la frammentazione”. La continua manutenzione dei legami collaborativi passa attraverso i diversi momenti di confronto e verifica che mettano in dialogo tutti i soggetti coinvolti. L’assemblea dei partner, in particolare, è diventata un appuntamento fisso in cui la partecipazione, sia in termini di numero di soggetti coinvolti che di propositività, è stata molto elevata fin dall’avvio del progetto nonostante sia un impegno oneroso. Oneroso (per tempo e risorse) ma considerato dagli attori locali come l’elemento di successo del progetto perché ha permesso di essere “collante” tra i diversi attori coinvolti nella rete. *“Il progetto poi lo fanno le persone per cui le relazioni con i singoli partner sono state fondamentali per portare avanti in maniera efficace lo sviluppo di tutto il progetto”.*

Risulta quindi ancora fondamentale l’attivazione di dispositivi che garantiscano il confronto e l’integrazione reale tra i vari attori del progetto: per il caso in esame la scelta è stata quella di suddividere il territorio in piccoli **distretti sociali** e di lavorare su una nuova logica di lavoro che superi la separazione del ruolo e delle attività svolte da soggetti pubblici e privati per mettere in primo piano il raggiungimento di un comune obiettivo. In ogni aggregazione territoriale i partner pubblici e privati si trovano a collaborare per organizzare le risposte ai bisogni di quella popolazione gestendo un **unico budget** che viene distribuito ai vari partner in base alla tipologia e al volume dei servizi che fornisce. *“Il budget unico facilita la coesione della partnership perché tutti hanno interesse a starci dentro dalle associazioni di volontariato all’azienda sanitaria”.*

La gestione di questo nuovo modello di governo e di gestione operativa degli interventi ha fatto emergere la necessità di poter contare su risorse umane numerose, coordinate e soprattutto competenti. Sono stati fatti quindi degli investimenti in termini di **formazione** soprattutto dei professionisti che hanno il ruolo di *Network Manager* e *Care Planner* che, nell’ordinarietà del loro lavoro, svolgono funzioni e compiti molto diversi. Ai primi è infatti richiesto di avere e sviluppare competenze di gestione manageriale, di rendicontazione, di programmazione, ma anche un’intelligenza relazionale e collaborativa per sapere coordinare relazioni molto complesse. I *Care Planner*, dall’altra parte, devono assumere un ruolo di coordinamento delle risorse che la rete dei partner mette a disposizione, competenza che solitamente non esercitano come assistenti sociali. La formazione si è quindi incentrata in particolare sul ruolo dell’operatore di Comunità, sulla gestione delle reti e sul *project management*. Il ritorno da parte degli operatori è stato molto positivo sia in termini di nuove conoscenze e competenze acquisite che in termini di un maggiore ingaggio nel lavoro di rete e nel raggiungimento dell’obiettivo del progetto. Il tema delle competenze è diventato così centrale per il successo del modello “La cura è di casa” che sono state introdotte delle azioni formative anche all’interno dei nuovi progetti vinti su altri bandi.

Quale ulteriore dispositivo attivato, l’introduzione di una **piattaforma informatica condivisa**, oltre ad ottimizzare e rendere maggiormente efficace il lavoro sul singolo caso, è diventata anche uno strumento collaborativo che ha aumentato la partecipazione degli operatori alla rete. *“Avere una persona che una volta al mese ti chiama e ti chiede se stai facendo le schede è un discorso, avere invece uno strumento che ti tiene anche psicologicamente agganciato ti fa sentire parte di una rete ed è un bel vantaggio”.*

Un altro elemento a cui si è prestata particolare attenzione nel lavoro di rete è stato il rispetto delle singole **identità**, scelta evidente soprattutto nel caso delle diverse organizzazioni di volontariato che sono entrate a far parte del partenariato. *“Non abbiamo creato volutamente un’associazione super*

partes de “La cura è di casa” che inglobasse nuovi volontari, ma abbiamo rispettato le singole identità. In tal modo ognuno ha potuto portare avanti quelli che sono i propri obiettivi come associazione e lo può fare anche a favore di questo progetto”. È stato quindi scelto di aprire un registro dei volontari che operano per il progetto e che sono 177 di cui 110 prestano servizio attivamente e con costanza. Numeri molto elevati soprattutto se si considera che più della metà sono stati intercettati e ingaggiati grazie alle campagne di people raising promosse dal progetto. Questo è andato a vantaggio delle diverse organizzazioni di volontariato in quanto ha permesso di contribuire al ricambio generazionale dei volontari che sono mediamente anziani.

In sintesi, è naturale osservare come all’elemento della governance di progetto e della valorizzazione degli enti di Terzo Settore come soggetti erogatori siano in realtà affiancati molti altri dispositivi che agiscono a tutto tondo sul miglioramento dei processi e dei metodi di scambio e di co-azione di parti pubbliche e private. Strumenti operativi e dispositivi quali la formazione, la condivisione di informazioni anche con rete informatica, la creazione di nuove figure di intermediazione delle azioni e dei bisogni degli anziani vanno ad intersecarsi nell’obiettivo di creazione di un miglior processo di condivisione e di co-azione tra enti pubblici e privati.

Per tali ragioni, nel prosieguo andrà dedicata particolare attenzione proprio anche a questi strumenti operativi di supporto, considerandoli nella complessità del loro obiettivo finale.

2.2. Accessibilità, vicinanza e informazione

Nell’ottica di ridurre le difficoltà di famiglie ed anziani alla raccolta di informazioni sui servizi, di evitare di disperdere le stesse all’interno di un sistema reticolare di servizi all’anziano e di rendere più fluidi i processi che conducono alla presa in carico, il modulo organizzativo Spazio Argento dovrà essere caratterizzato dagli elementi dell’accessibilità, della vicinanza al cittadino e della completa informazione. Esso è più volte descritto come il luogo unico di accesso per l’anziano e la sua famiglia e gli strumenti operativi e dispositivi pratici dovranno quindi garantire soprattutto completezza e flessibilità. L’accessibilità viene nello specifico riconosciuta nella garanzia di maggiore vicinanza al cittadino e nell’attivazione di modalità di diffusione della conoscenza del servizio alla popolazione interessata e su questi elementi può essere tracciato anche uno specifico investimento da parte dei territori. Sino ad oggi la diffusione delle informazioni sui servizi pubblici e privati che compongono il ventaglio di offerta è stata affidata a canali separati tra loro anche in rispondenza alla diversa natura dei servizi erogati e ai soggetti responsabili. Se nel pubblico i servizi rientranti nell’area sanitaria hanno visto il coordinamento e la responsabilità prevalentemente delle relative strutture di competenza (APSP e APSS), è il Servizio sociale dei Comuni o delle Comunità di Valle ad avere la titolarità per i servizi socio-assistenziali e che si occupa di fornire informazioni in merito. Negli enti di Terzo Settore si distingue ulteriormente tra la presenza di servizi rientranti nel sistema di accreditamento dell’ente pubblico e i servizi offerti sui canali privati, c’è infine il libero mercato che ha delle dinamiche comunicative diverse legate alla natura commerciale. Vi è pertanto in questa dimensione da riflettere non solo sui dispositivi che permettono di rendere unici i canali della comunicazione esterna e dell’informazione rispetto ai servizi pubblici erogati, ma anche sui livelli di inclusione in questa fase di tutti i servizi, ovvero dei servizi accreditati.

Parlare di **dispositivi** che consentono di raggiungere la massima accessibilità e vicinanza alla cittadinanza target significa inoltre poi, più dettagliatamente, riflettere su elementi quali:

1. gli intermediari della comunicazione, ovvero i luoghi e le figure adibite alla stessa;

2. i tempi dell'intermediazione e della risposta ai bisogni, in termini di apertura dei servizi, di livelli di reperibilità degli intermediari, di tempi di ricevimento e di risposta;
3. gli strumenti dell'intermediazione, ragionando sull'uso delle nuove tecnologie piuttosto che di quelle tradizionali.

2.2.1. Ricevimento al pubblico di Lecco


Il SID di Lecco è diventato un punto di riferimento riconosciuto a livello territoriale sia per i cittadini che per altri soggetti istituzionali che si rivolgono ad esso per avere informazioni e orientamento sulla rete dei servizi domiciliari del territorio e accompagnamento per il loro accesso. A confermarlo anche il fatto che nel 2018 solo il 14% delle famiglie che si sono rivolte al SID sono state inviate da altri servizi. Identificata in questo caso studio la natura dell'eccellenza rispetto ai risultati quindi raggiunti in termini di accessibilità e vicinanza, si vuole di seguito riflettere sugli elementi e sui dispositivi che hanno facilitato questa conoscenza diffusa sul territorio.

Da un questionario, somministrato solo a coloro che usufruiscono del SAD, è innanzitutto emerso che la maggior parte delle persone sono venute a conoscenza del servizio grazie al passaparola, mentre sono stati meno sfruttati i canali più istituzionalizzati e formali (quali il sito web, i farmacisti, i medici di base, l'assistente sociale dell'ospedale e il servizio sociale). Da una parte, quindi, l'accessibilità e la conoscenza sono state garantite dall'investimento su mezzi non esclusivi, ma dall'altra in modo innovativo il Comune ha puntato sull'attivazione della cittadinanza, intendendo con questo l'azione su canali informali e del passaparola. *“Ci siamo aperti nel territorio e abbiamo cercato di costruire questo tipo di rete con la dichiarazione di disponibilità ad essere ingaggiati nel momento in cui si pensa possa essere utile l'intervento dell'assistenza domiciliare”*. Collegamento che funziona in modo particolare con l'ospedale in cui il dialogo con le assistenti sociali è costante ed è anche facilitato dall'attuale vicinanza fisica delle sedi dei due soggetti. Attivazione, che ha significato comunque l'inclusione all'interno della rete del SID di figure molto eterogenee, con l'obiettivo di collaborare alla promozione del servizio.

Il SID offre poi un servizio di ricevimento aperto al pubblico finalizzato a dare informazioni e orientamento, accogliere le richieste dei cittadini e fare una prima valutazione sulle possibilità di sostegno che si possono attivare³¹. Il ricevimento si realizza in due momenti alla settimana anche se è comunque sempre possibile fissare un appuntamento per accedervi in altri giorni e orari. Si caratterizza per essere innanzitutto uno **spazio di ascolto libero** con una connotazione molto leggera in quanto i cittadini possono presentarsi senza impegno e non vi è alcun obbligo di prenotazione. Si è scelto di non strutturarli o fissare dei vincoli proprio per ridurre al minimo le resistenze, che tuttora si sentono, legate al fatto di rivolgersi ai Servizi sociali. *“Per noi è vincente avere un'assoluta disponibilità ad accogliere quello che arriva. A volte arrivano domande improprie, confuse, timide che magari necessitano un approfondimento per capire qual è il reale bisogno che ci sta dietro. Dedichiamo tanto tempo a questa cosa (...) perché serve del tempo e le famiglie si devono sentire accolte. Quello che viene rimandato è che innanzitutto qui trovano uno spazio”*.

Il primo contatto spetta alle assistenti sociali che quindi dedicano del tempo ad ascoltare e accogliere la domanda e raccolgono le prime informazioni (dati anagrafici, condizioni abitative, relazioni sociali, ecc.). È stata costruita una **scheda di rilevazione** apposita che permette sia di sistematizzare i dati sulla persona, sia di avere un quadro il più neutro possibile sulla sua situazione. Nella relazione c'è in gioco la professionalità dell'assistente sociale, ma anche la sua personalità e questo strumento aiuta a limitare

³¹ Le analogie che questo dispositivo ha con il front office che intende introdurre la riforma di Spazio Argento, hanno spinto ad approfondirne il suo funzionamento e le relative scelte strategiche.



l'intrusione della soggettività nella raccolta della domanda. Di fronte a questo bisogno possono essere intraprese due strade: l'avvio di un percorso di presa in carico oppure l'orientamento della famiglia ad altri servizi. Nel primo caso se si rileva la possibilità di interventi di SAD, si avvia il classico percorso di valutazione e presa in carico. L'assistente sociale, talvolta anche direttamente con l'ASA, effettua la visita domiciliare e, valutata nel dettaglio la situazione, avvia il progetto individuale di sostegno alla permanenza a domicilio. I tempi di attivazione variano sia dalla complessità della situazione, sia dal momento in cui si valuta il caso e si avvia il servizio con una media di 7-10 giorni. Nel secondo caso, invece, il ricevimento svolge una funzione di vera e propria **consulenza** che è gratuita e aperta a tutti. Servizio che risponde a una delle necessità maggiormente sentite dalle famiglie con anziani non autosufficienti, ovvero avere informazioni su tutto quello che c'è sul territorio e orientamento nel capire cosa può essere utile e come vi si può accedere. Risulta fondamentale per tale attività avere a disposizione il maggior numero di informazioni possibili *“dalle più semplici a quelle più complesse”*, si forniscono infatti anche quelle che riguardano servizi gestiti da altri enti oltre a quelli che fanno parte della rete di collaborazioni in cui si inserisce il SID. Se talvolta l'esigenza delle famiglie si ferma all'aver informazioni, le stesse possono tuttavia anche rimanere in contatto con le assistenti sociali per avere consigli e suggerimenti trovando nel servizio un punto di riferimento.

Il processo qui illustrato è in sintesi stato in grado di rispondere all'obiettivo della garanzia di accessibilità grazie ad una serie di dispositivi che vanno dalla semplice previsione di uno sportello flessibile all'attivazione di personale specializzato, ma anche di cittadini con minima formazione che possano essere primi rilevatori dei bisogni del territorio e dell'intermediazione. Dispositivi che hanno avuto un buon successo, sebbene vadano considerati gli elementi di contesto che lo hanno supportato, non da ultimo la dimensione del territorio e quindi del bacino di utenza potenziale.

2.2.2. Welfare di tutti

Lo strumento operativo della garanzia di massima vicinanza e accessibilità al servizio è elemento distintivo anche del modello promosso dal Comune di Milano. Questo ha investito nello specifico in una radicale innovazione delle modalità di intercettazione del bisogno e della comunicazione dell'offerta privata che è garantita dal pubblico con il sistema di accreditamento. Scelta finalizzata a rompere il modello di *caregiving* legato al mercato informale della cura che è individuale, poco qualificato e spesso *“in grigio”*, per indirizzare i cittadini esclusi dal sistema pubblico ad usufruire di servizi di qualità. Infatti, secondo l'impianto organizzativo delle Politiche Sociali della metropoli, i servizi pubblici sono gratuiti ma si rivolgono solo a quella fascia di popolazione in grave disagio sociale³². La strategia utilizzata è incentrata sulla creazione di una piattaforma che unisce sia la componente fisica-materiale che quella tecnologica³³: **WeMi** è il portale integrato con il sistema per la domiciliarità che si compone di un'infrastruttura digitale, la piattaforma web *“wemi.milano.it”*, e una fisica, gli Spazi WeMi. Sistema strutturato in modo primariamente funzionale alla messa in rete delle informazioni e della comunicazione quindi chiara e completa, immediata e facilmente reperibile dei servizi a disposizione delle persone in stato di bisogno. Infatti, in coerenza con le direzioni riformatrici delle Politiche Sociali del Comune di Milano, l'organizzazione dei servizi non ha a riferimento la divisione per target di utenza, ma per tipologia di bisogno. La piattaforma quindi non si rivolge in modo specifico agli anziani, ma a tutti coloro che necessitano di supporto a domicilio, quindi anche minori, disabili e adulti.

³² Sistema che verrà progressivamente modificato con l'introduzione di modalità di compartecipazione ai costi in base all'ISEE.

³³ Il Comune di Milano si è proposto come capofila del progetto *“Welfare di tutti”*, indetto dal bando *“Welfare in azione”* della Fondazione Cariplo finalizzato a diffondere nuovi modelli di welfare locale; sono partner di progetto soggetti molto vari come il Politecnico di Milano, l'Ananci, cooperative sociali e associazioni del territorio.

A conclusione della fase di sperimentazione del sistema WeMi è stato possibile mettere in luce gli aspetti critici e gli ambiti di sviluppo che riportiamo nell'analisi del caso. Un primo elemento riguarda l'importanza di rendere conto del **livello di efficacia** del sistema in termini di maggiore accessibilità e vicinanza. La capacità di questo nuovo sistema di attrarre bisogno che non si sarebbe altrimenti trasformato in domanda è infatti un nodo cruciale della valutazione del sistema. Se al momento non ci sono ancora dati che mostrino in che misura è migliorata l'accessibilità dei servizi, nell'implementazione del nuovo portale si prevede di inserire un sistema maggiormente raffinato in cui saranno tracciati non solo gli accessi al portale digitale e agli sportelli, ma anche l'esito di questa interazione, quindi l'attivazione o meno delle prestazioni. Ad oggi le osservazioni raccolte appaiono rassicuranti in quanto si è notato che gli accessi effettuati riguardano in gran parte cittadini mai entrati precedentemente in contatto con i Servizi sociali del Comune di Milano.

Punto centrale del sistema agevolante l'accessibilità è la **piattaforma web**, dove il cittadino può trovare tutti i servizi e gli interventi nel campo della domiciliarità offerti dalle 58 cooperative e imprese sociali accreditate del territorio, che spaziano dalla ricerca di una badante, ai servizi di assistenza e cura della persona, di assistenza infermieristica, ai sostegni economici (ad esempio, misure di sostegno al reddito alternative al Reddito di Cittadinanza). In base alla tipologia di intervento è possibile sapere quali sono gli Enti accreditati che forniscono il servizio ed avere una sua prima descrizione generale in cui sono spiegate le attività promosse, la procedura di attivazione, i tempi di attesa e il prezzo orario. I soggetti erogatori possono essere contattati telefonicamente oppure inviando un messaggio direttamente dal sito. La **funzione informativa** della piattaforma va a vantaggio anche degli Enti accreditati stessi che sono così nella condizione di sapere quali sono tutti i servizi esistenti, di essere quindi in una situazione di parità di conoscenza con l'ente pubblico. Quest'ultimo può sfruttarla come modalità di raccolta di dati sui bisogni insoddisfatti della popolazione e per rindirizzare la programmazione dei servizi, mentre il privato sociale per orientare il suo modello di business.


L'evoluzione in atto³⁴ prevede di far diventare questa piattaforma informativa un **marketplace dei servizi domiciliari** in cui sarà possibile prenotare, acquistare e gestire servizi online, valutarli con un meccanismo di *feedback* e *rating*. L'intenzione alla base di questo nuovo sviluppo consiste nel riuscire a spostare all'interno di questa infrastruttura digitale quella rete basata sul passaparola e sulla fiducia che funziona molto, ad esempio, nella ricerca dell'assistente familiare (Guidetti, 2016). La piattaforma vorrebbe essere anche la modalità per gestire le candidature degli operatori domiciliari e dei volontari, i voucher social³⁵ e strumenti di fundraising e condivisione dei servizi³⁶.

Un'altra importante considerazione sul funzionamento della piattaforma riguarda **la scelta dei soggetti che entrano a farne parte**. Se nella prima fase è stato scelto di aprirla ai soli Enti accreditati dal Comune, attualmente si sta pensando di allargare la partecipazione anche a soggetti che lavorano sul libero mercato. L'attuale sistema infatti ha sì permesso di garantire ai cittadini la qualità dei servizi offerti dalla piattaforma, ma ha anche disincentivato le cooperative e le imprese sociali ad adattare

34 L'evoluzione della piattaforma è in coerenza con gli obiettivi strategici dell'Asse Agenda Digitale del PON METRO che è finanziatore di questo progetto di ulteriore sviluppo.

35 L'utilizzo della piattaforma per le misure di sostegno al reddito è già stata avviata e sta portando ad esiti inaspettati in termini di capacità di attrarre nuova domanda.

36 Sono, infatti, previste modalità di condivisione dei servizi che possono sia nascere dalla spontanea iniziativa di un gruppo di persone, sia dalla richiesta del singolo cittadino che attualmente può avvenire dentro gli Spazi WeMi. La condivisione di uno stesso servizio si sta rivelando una soluzione che aumenta il livello di accessibilità economica e sostenibilità dei servizi soprattutto nel caso di servizi educativi e riabilitativi per minori (ad esempio, aiuto compiti, psicomotricità). La possibilità di condividere l'assistente familiare è prevista, ma ancora poco diffusa perché complessa da attivare, essa infatti richiede la presenza di un equilibrio di condizioni logistico-organizzative.



l'offerta alle esigenze di un'utenza che non ha i requisiti per usufruire dei servizi domiciliari gratuitamente. *“Si è creata una situazione per cui la nostra piattaforma ha un'offerta che ha gli stessi prezzi con cui noi accreditiamo i soggetti, quindi non c'è stato uno sforzo da parte dei soggetti di modificare l'offerta per andare incontro ai bisogni dei cittadini”*. Questo fa sì che i servizi sulla piattaforma abbiano prezzi molto più alti di quelli che il cittadino può trovare autonomamente sul territorio. Il problema consiste quindi nell'aver provato a cambiare le logiche di service management ma senza essere riusciti a cambiare le logiche interne all'offerta che, lavorando in un sistema chiuso (come quello dell'accreditamento), si dà delle regole in modo collettivo. L'altro aspetto ritenuto limitante riguarda proprio il fatto che se la piattaforma è un ambiente aperto che dovrebbe poter essere aggiornato sulle possibilità di offerta del territorio, il sistema di accreditamento a Milano è invece chiuso, per cui *“una volta che hai accreditato 58 enti, altri non riescono ad entrare”*. Nel nuovo portale si prevede quindi di separare il percorso dell'accreditamento e quello della piattaforma WeMi che si aprirà anche ad altri soggetti. Questi saranno selezionati sulla base di alcuni criteri di qualità (ad esempio, presenza di determinate figure professionali, esperienza nel settore), ma non verrà loro imposto il prezzo dei servizi. *“Questo consentirà ai soggetti che non sono interessati ad entrare nel sistema di accreditamento di accedere comunque alla piattaforma e di liberare un po' di logiche di libera concorrenza pur definendo noi paletti di qualità sotto ai quali non si può andare”*. Il passaggio a questo nuovo sistema si concretizzerà a partire da febbraio 2020 in seguito alla richiesta dei soggetti interessati a parteciparvi dopo l'uscita dell'avviso pubblico.

Un'altra direzione di cambiamento della piattaforma consiste nell'inserire, oltre ai servizi a pagamento, anche quelli gratuiti a cui si accede tramite i Servizi sociali. In tal modo WeMi si configurerà come una vera e propria **vetrina unitaria di servizi garantiti dal pubblico**, secondo diverse intensità, e che si rivolgono alla totalità della popolazione.

Come anticipato, accanto alla piattaforma digitale, sono stati concepiti dal Comune di Milano anche gli **Spazi WeMi**, che svolgono le stesse funzioni della piattaforma digitale, ma all'interno di luoghi fisici dislocati nella città. *“Quando siamo partiti con WeMi abbiamo ragionato sul tema delle piattaforme, ovvero cercare di creare degli ambienti digitali o fisici all'interno dei quali ci fossero le condizioni per creare connessioni tra persone, cooperative e bisogni. Quindi ci siamo detti che se usiamo solo la piattaforma digitale rischiamo di chiudere un po' la domanda, abbiamo quindi voluto provare ad affiancare anche degli spazi che hanno le stesse funzioni”*. Tali spazi si trovano all'interno di sedi del Terzo Settore che sono già vissute come risorse della Comunità. Due di essi sono, ad esempio, all'interno di una caffetteria e di uno spazio di smart working, altri in sedi di cooperative sociali o associazioni. Questo ha permesso di conferire nuove funzioni a spazi che erano già noti alla popolazione o che comunque hanno adottato strategie operative per farsi prossimi, visibili e riconoscibili (ad esempio, sedi ben visibili dalla strada, utilizzo dello stesso logo e design interno). Sebbene ognuno di essi si connota diversamente, alcuni ad esempio lavorano molto sull'aggregazione e l'animazione territoriale³⁷, essi svolgono la stessa funzione di **ascolto, informazione e orientamento** ai servizi domiciliari, cercando di trovare le soluzioni più adatte alla singola famiglia. Da progetto gli Spazi erano due, ma sono diventati ben undici grazie alla spontanea iniziativa di alcuni Enti accreditati. Questi si sono infatti proposti al Comune di Milano che ha adottato una logica di **co-progettazione** per la loro creazione. *“Ci sono arrivate molte più richieste di questi undici e con qualcuno siamo arrivati a ragionare assieme che forse non era funzionale aprire uno spazio perché ci devi mettere del tuo (...). L'idea non era quella di andare noi a pagare un nuovo pezzo dei Servizi sociali sul territorio, ma di costruirlo assieme a loro”*.

³⁷ Propongono anche eventi, promuovono il volontariato e azioni preventive come, ad esempio, visite a domicilio di educazione sanitaria e promozione di corretti stili di vita.

L'investimento dei soggetti privati in questi Spazi è stato anche motivato dalla volontà di aumentare la platea dei soggetti che li conoscono e che possono usufruire dei loro servizi. Rispetto a questo ci sono poi soggetti più imprenditoriali che sono riusciti ad attrarre nuova domanda, altri che lo sono meno ma che hanno comunque dei benefici nello stare all'interno di questa rete di sportelli (per esempio, maggiore visibilità, possibilità di attrarre linee di finanziamento nuove).

Sia la piattaforma che gli Spazi WeMi hanno adottato delle precise coordinate comunicative che sono state sviluppate dal Dipartimento Design. Questo si è impegnato nella costruzione di **un'identità visiva del progetto** che potesse comunicare in forma unitaria il sistema domiciliarietà e consentisse ai cittadini un riconoscimento immediato.

L'aspetto maggiormente significativo di questo lavoro di miglioramento e innovazione del sistema di accesso ai servizi della metropoli consiste nel fatto che esso ha spinto ad un ripensamento del ruolo del pubblico e del privato sociale all'interno del welfare locale e rispetto ai bisogni del territorio. Ragionare infatti sull'accessibilità, richiede necessariamente di prendere in considerazione la capacità del sistema di dare risposte concrete ai cittadini. I Servizi sociali pubblici di Milano soddisfano quasi la totalità della domanda ma la percentuale di quest'ultima è marginale rispetto al bisogno. *“Questo ti fa capire che ci sono strade completamente diverse da perseguire: una è quella di diventare sempre più abili a fare le cose che facciamo con le nostre risorse, l'altra è di guardare ai bisogni e diventare anche broker, quelli che fanno in modo che le famiglie abbiano uno spettro di offerta un po' più grande dentro al quale non siano lasciate sole”*. Il Comune di Milano sta quindi cercando di seguire questa seconda strada nella convinzione che il suo ruolo sarà sempre più quello di **ricomporre le risorse territoriali creando connessioni** in quanto da solo non è nelle condizioni di rispondere a tutti i bisogni. I soggetti del Terzo Settore da titolari di contratti e finanziamenti per fornire determinati servizi diventano *“essi stessi luoghi di accesso al sistema di welfare”*. Questo approccio sta portando a nuove modalità di rapporto e di gestione dei servizi, ad esempio a gennaio 2020 esce l'avviso per gli Spazi WeMi in cui il Comune stanziava delle risorse per il loro sviluppo, ma *“nella logica di investire insieme: metà ce lo mettete voi, metà noi”*. Questo lavoro di progressivo riconoscimento del Terzo Settore in qualità di interlocutore che co-progetta e co-programma le risposte assieme al soggetto pubblico è frutto di un lungo processo di cambiamento sostenuto anche da una legge regionale (di recepimento della legge n. 328 del 2000). *“Allargare ulteriormente il tema della responsabilità della co-progettazione e co-programmazione vuol dire per il Comune riconoscere che anche il Terzo Settore è una porta d'accesso ai servizi, che non è semplicissimo, dall'altra, anche il Terzo Settore si deve vivere come un pezzo di una politica pubblica”*. Si tratta di un percorso che ha preso avvio anche grazie all'incontro tra il bisogno del Terzo Settore di attrarre nuova domanda pagante e quello del soggetto pubblico di sostenere le famiglie garantendo loro almeno un accesso a servizi di qualità.

Per il Comune di Milano raggiungere l'obiettivo di garantire maggiore accessibilità e vicinanza ha significato innanzitutto cercare linee di finanziamento per investire in strumenti operativi che unissero i vantaggi di una piattaforma digitale con quelli di spazi informativi fisici. Dispositivi molto concreti quindi, di realizzazione sufficientemente rapida, sebbene **costosa** in termini tecnici e di costo del personale attivo negli spazi. Tuttavia, la loro apertura ha attratto anche la libera iniziativa del Terzo Settore che ha aperto altri nove spazi a costi sufficientemente più contenuti di quanto l'ente pubblico potrebbe alternativamente sostenere. Inoltre, la fase di sperimentazione ha portato ad un ripensamento delle funzioni dell'intero sistema WeMi che da piattaforma informativa sui soggetti accreditati intende diventare la prima porta d'accesso ai servizi pubblici e il *marketplace* di quelli privati che sono garantiti, a diversi livelli di intensità, dal soggetto pubblico.

2.3. Continuità della presa in carico

Uno degli obiettivi della Riforma e del modulo organizzativo di Spazio Argento è l'attivazione di un sistema che permetta di soddisfare i bisogni emergenti nella fase iniziale della loro manifestazione ed in itinere, richiedendo in tal caso adattamenti degli interventi ogni qualvolta la persona muti i suoi bisogni e il suo stato e considerando l'urgenza relativa dell'intervento. Per raggiungere questi obiettivi, divengono ancora una volta essenziali cambiamenti nelle procedure tale da dotare il sistema di **flessibilità** in ogni sua fase (dalla presa in carico al monitoraggio) e di **tempi rapidi di risposta**. Rispetto alla fase di manifestazione iniziale del bisogno, è riconosciuto come fondamentale il raccordo e la collaborazione tra i diversi soggetti del territorio e vi sono quindi da predisporre strumenti per un coordinamento fluido tra soggetti pubblici e privati, oltre che tra Spazio Argento, APSP e enti gestori. Nello specifico, Spazio Argento dovrà vedere al suo interno la presenza di figure che abbiano il ruolo di intercettare i soggetti in grado di rispondere al meglio ai bisogni dell'anziano -ma senza nuocere al sistema di offerta e quindi garantendo al cittadino la scelta dell'ente erogatore- e dovrà dotarsi di strumenti di intercettazione rapida delle risposte ai bisogni emergenti, riducendo le fasi burocratiche e i tempi di attesa.

Al fine di migliorare i livelli di risposta a bisogni alquanto eterogenei - se non del tutto individualizzati - si dovrà però riflettere anche in modo sensibile sulle modalità con cui la prestazione può essere erogata dagli enti privati accreditati, migliorando l'efficienza del sistema ove opportuno e riducendo ove possibile le rigidità ancora presenti nel sistema degli accreditamenti o nelle relazioni con gli enti erogatori, così da operare in modo più flessibile e rispondente di volta in volta alle specifiche necessità individuali della persona.

Anche rispetto alla successiva fase del monitoraggio dei bisogni, i cambiamenti intercettabili nel sistema sono legati ancora all'acquisizione di rapidità di analisi e risposta e di flessibilità nell'erogazione della prestazione. Il monitoraggio continuo richiede da un punto di vista pratico di raccogliere informazioni con strumenti attivati con continuità all'interno degli enti erogatori o dell'ente che ha preso in carico il soggetto, di essere dotati di personale esperto e dedicato alla rielaborazione delle informazioni per tradurre le stesse in necessità di intervento e proposte di cambiamento dell'offerta di servizi laddove siano mutati i bisogni, di avere a disposizione una rete di soggetti erogatori e di possibili prestazioni che configurino poi risposte ad hoc in tempi rapidi e con schemi ancora una volta flessibili ed individualizzati. La rapidità del cambiamento nelle prestazioni erogate passa tuttavia poi anche dall'adozione di ulteriori dispositivi che consentono il passaggio rapido, la riassegnazione di contributi per le prestazioni e la gestione burocratica del processo.

In sintesi, ripercorrendo il processo di continuità della presa in carico sia in ingresso che in itinere, sembra si possa affermare che il nuovo sistema (nello specifico il nuovo modulo organizzativo) si dovrà dotare di una serie di **dispositivi**:

- un sistema di raccordo con i possibili enti invianti (nel caso di continuità dell'assistenza in situazioni di emergenza) o soggetti accoglienti le domande, caratterizzato non solo da canali chiari di trasmissione delle domande, ma anche da strumenti e dispositivi di trasmissione delle informazioni e di invio dei primi elementi su cui basare l'analisi del caso e del bisogno;
- personale dedicato e formato sia dal lato dell'analisi della domanda/del bisogno che di conoscenza del sistema dell'offerta, che sia (messo) in grado di gestire le pratiche in modo rapido e poco burocratizzato;

- un sistema completo di indici ed indicatori di monitoraggio che sia sufficientemente standardizzato - per consentire un'analisi rapida del bisogno e identificare i servizi rispondenti ai parametri del bisogno analizzati - ma anche sufficientemente inclusivo di elementi in grado di entrare nell'individualizzazione della risposta;
- un sistema di trasmissione delle informazioni completo e rapido, condiviso non solo tra gli enti pubblici, ma anche con tutti i soggetti privati attivi nella rete di servizi territoriale;
- un sistema aperto, ad accesso quindi continuativo, ma considerando che la reperibilità dovrà poi traslare da Spazio Argento ai servizi erogati.

Anche in questa fase è da considerarsi come gli enti di Terzo Settore - soprattutto quelli con attività e personale dedicati in modo continuativo all'azione e quindi le cooperative sociali - presentino spesso doti di flessibilità organizzativa e individualizzazione dell'offerta che, soprattutto nella relazione con il soggetto pubblico, vanno valorizzate. È infatti presente il rischio che la burocrazia rallenti i meccanismi di presa in carico e la capacità di fornire risposte flessibili ai bisogni. Dall'altro, va compreso se gli enti di Terzo Settore contribuiscono al processo soltanto nella fase di offerta di servizi (dando quindi la disponibilità di prestazione una volta specificato il bisogno da parte di Spazio Argento) ovvero anche in fasi di rielaborazioni della domanda, di identificazione degli indicatori, di monitoraggio e di analisi delle possibili proposte di cambiamento da attivare. Che gli enti di Terzo Settore diventino soggetti attivi e non solo ricettivi nel sistema di monitoraggio e di garanzia di continuità di presa in carico dell'anziano potrebbe essere un modo sia per incentivare la loro ricerca autonoma di flessibilità e innovazione di processo e di servizio che per arricchire la filiera e la rete autonoma tra enti di Terzo Settore nella creazione delle offerte. In un processo quindi che vede gli enti di Terzo Settore coinvolti anche nelle fasi di progettazione, monitoraggio e valutazione degli interventi e non solo di fornitura.


I casi studio intercettati nel panorama nazionale, di cui si illustrerà di seguito, presentano i tratti della continuità e della flessibilità delle azioni rivolte agli anziani richiedenti e permetteranno di riflettere su specifici dispositivi attivati, benché non sempre intercettabili in modo separato dal resto dell'organizzazione del sistema.

2.3.1. Budget unico socio sanitario: varietà e flessibilità

Alla necessità di offrire un servizio flessibile, generalmente inteso, il modello organizzativo di sostegno alla domiciliarità di Torino ha risposto prevedendo la possibilità di dotare il beneficiario di un **budget sociosanitario** (un massimale di spesa) che sia declinabile in diversi interventi rispondenti alle specifiche esigenze dei beneficiari, adattandosi ad esse. Questa strategia si rivela essenziale nella presa in carico dell'anziano non autosufficiente che vive al proprio domicilio in quanto le situazioni delle famiglie possono essere anche molto diverse e mutano velocemente nel tempo. Si tratta inoltre di una strategia che presenta i tratti della flessibilità anche in itinere, nel momento del monitoraggio del bisogno, in modo tale che il budget si adegui nel tempo in modo rapido assorbendo o ricalibrando servizi in base alle nuove necessità rilevate.

Come già premesso nel paragrafo precedente, il caso di Torino è peculiare poiché, sebbene profondamente innovativo, ha subito in questi ultimi anni una profonda crisi a seguito di una serie di cause e di elementi che i nuovi sistemi territoriali di welfare anziani dovranno cercare di tenere presenti al fine di evitare possibili riproduzioni e che è quindi qui opportuno riportare sinteticamente grazie a quanto riportato dalle interviste realizzate ad osservatori privilegiati.

Un primo nodo per garantire la flessibilità di risposta ai bisogni previsto dal sistema torinese di accreditamento ai servizi domiciliari è la completezza del servizio lungo la sua filiera. Al fine di garantire



un approccio *global service*, che quindi rispondesse alla varietà dei possibili bisogni, gli enti erogatori devono offrire un **ampio ventaglio di interventi** che si integri con quelli forniti dall'azienda sanitaria e dalle agenzie di lavoro somministrato. Tra gli interventi attivabili è inclusa l'assistenza familiare privata, alla quale si può accedere nelle modalità che l'anziano e la sua famiglia ritengono più adatte alla loro situazione. Con l'assegno di cura (un assegno bancario) i beneficiari possono impiegare regolarmente e in piena autonomia l'assistente familiare³⁸. È anche prevista la possibilità di acquistare le ore di assistenza senza assumersi alcun onere tramite il sistema dei buoni di servizio che danno accesso anche ad altri servizi dei fornitori accreditati come, ad esempio, ore di lavoro a domicilio da parte di un operatore socio sanitario, telesoccorso, interventi di manutenzione dell'abitazione. Si può attivare anche l'affidamento ad un volontario per attività diurne che non richiedono competenze professionali specifiche. In tal modo l'anziano non ottiene un unico intervento ma un "pacchetto" di prestazioni³⁹ per il suo progetto personalizzato di permanenza a domicilio che tiene in considerazione e valorizza anche le risorse interne alla sua famiglia. L'innovazione di questo piano di intervento consiste, non solo nell'erogare un mix di servizi, ma anche nel poterli combinare con erogazioni monetarie che valorizzano e sostengono le risorse informali del territorio (volontari) e della famiglia. È infatti possibile beneficiare di un contributo economico (da 200 a 400 Euro mensili) qualora vi sia un familiare disposto a prendersi cura dell'anziano. Prestazione volta a compensare la diminuzione del reddito dovuta alla riduzione dell'attività lavorativa per attività di *caregiving*.

Una seconda dimensione del sistema torinese che è da considerare come saliente per garantire **flessibilità nella risposta** consiste nella possibilità di rimodulare in itinere gli interventi concordando i cambiamenti direttamente con il fornitore, qualora ciò non implichi un aumento del budget previsto o della durata prevista⁴⁰. Questa flessibilità non è stata di fatto molto utilizzata, secondo un gestore dei servizi domiciliari la causa è da ricercare nel mancato riconoscimento dell'autonomia agli Enti accreditati. *"Il servizio pubblico nell'articolazione legata dei Servizi sociali della città di Torino ma anche gli infermieri dell'UVG dell'ASL hanno sempre mantenuto il governo dell'aspetto progettuale; noi continuiamo a essere gestiti e trattati come fornitori, tanto che ci definiscono tali"*. Allo stesso tempo la possibilità di entrare nel merito del PAI e modificarlo qualora i bisogni cambino è molto ridotta per uno scarso riconoscimento del ruolo delle cooperative nel riuscire a leggere e monitorare le esigenze degli anziani che assistono.

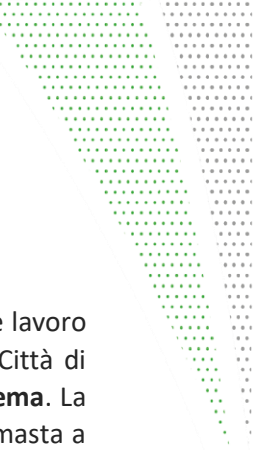
Qualora il cambiamento dei bisogni richieda un aumento del budget socio-assistenziale, il progetto deve essere rivalutato dalla commissione UVG. *"Questo non sempre succede in modo tempestivo perché in alcune situazioni viene mantenuto da parte dell'ASL il livello precedente e non adeguato ai nuovi bisogni anche se si rileverebbe la necessità di una maggiore intensità"*.

La situazione di crisi in cui si trova l'intero sistema ha infatti intaccato alcune delle caratteristiche centrali del modello, prime tra tutti la questione della flessibilità e dell'adeguatezza degli interventi ai bisogni. *"Il modello Torino da un punto di vista teorico è altamente innovativo (...) è però in un equilibrio molto precario ed è molto snaturato rispetto a quello che era quando è stato progettato in origine"*. Un

38 Nel caso in cui fossero a conoscenza di un lavoratore da assumere, ma non volessero gravarsi delle incombenze legate alla gestione del rapporto di lavoro, è possibile utilizzare parte dell'erogazione per dare in gestione questi compiti ad uno dei fornitori accreditati ai buoni di servizio. Al contrario se vogliono gestire in autonomia la parte contrattuale ma non sanno come individuare un'assistente familiare affidabile, possono rivolgersi alle Agenzie di somministrazione che il Comune ha accreditato a questo scopo.

39 L'unico intervento che necessita di un percorso di attivazione differenziato è quello dei pasti a domicilio per cui ci sono procedure di affidamento differenziate anche nel campo della residenzialità e dei servizi diurni della città.

40 Le eventuali modifiche dovrebbero risultare solo nella rendicontazione periodica dei buoni di servizio che i fornitori trasmettono al Comune.



primo fattore che ha ostacolato il suo mantenimento nel tempo riguarda il fatto che l'imponente lavoro di ricomposizione dell'offerta, che ha richiesto una fatica organizzativa molto rilevante per la Città di Torino, non è stato accompagnato da un **sistema informatico che ricalcasse l'unitarietà del sistema**. La gestione dei buoni di servizio per il pagamento delle prestazioni degli Enti accreditati è infatti rimasta a livello di programma locale ed è separata dal coordinamento dei progetti assistenziali che, sebbene progettato e sviluppato sulla carta, non ha mai visto concreta implementazione a causa delle politiche di restrizione che sono state attuate dopo la crisi economica. *“Il sistema di interoperabilità dei progetti avrebbe consentito una visualizzazione delle progettualità da tutti i punti di vista della rete: dai servizi territoriali, dalla Città di Torino, dalla ASL. È stato fermato perché la sua implementazione è coincisa con la fase di crisi avvenuta verso fine 2013”*. Le contingenze politiche e programmatiche a livello regionale hanno quindi bloccato l'avvio di questo sistema lasciando che le progettualità continuassero ad essere gestite in cartaceo.

La mancanza di un dispositivo che facilitasse la gestione del modello di intervento globale ha portato quindi ad una serie di criticità. Innanzitutto, **l'appesantimento dell'intero sistema di attivazione e di rendicontazione** degli interventi che ha richiesto di mettere in piedi percorsi procedurali complessi che definissero il ruolo e le funzioni di ogni soggetto coinvolto e i relativi strumenti a loro disposizione. *“Dovendo proceduralizzare una cosa complessa che non era supportata a livello informatico è chiaro che poi i moduli sono tanti, devi fare più cose e non tieni sotto controllo tutto il processo. Alcune procedure si sono semplificate nel tempo, a partire dallo stesso percorso di valutazione, (...) però è chiaro che l'investimento oltre un certo limite non è andato avanti perché siamo in una fase di assoluta incertezza e il messaggio, da anni, è che tanto si andrà verso un nuovo sistema di domiciliarità”*. Inoltre, l'assenza di un sistema che raccogliesse tutte le cartelle socio sanitarie degli utenti viene anche vista come l'occasione mancata per l'elaborazione di un'importante mole di dati che avrebbe potuto **rendere conto del valore del sistema e della sua sostenibilità** e, forse, ottenere maggiore appoggio politico ed economico. *“Se ci fosse stato un sistema complessivo articolato e avanzato avremmo potuto fare delle elaborazioni enormi in termini di dati, di osservazioni sia sulle condizioni della persona, bisogni, interventi attuati che è stato fatto ma in maniera più limitata. (...) Questo non ha aiutato a dare il valore sufficiente perché questo sistema fosse ritenuto sostenibile e si scommettesse”*.

Oltre alla mancanza di un dispositivo informativo unitario, la questione che ha messo in crisi questo modello riguarda l'aspetto più innovativo, ovvero la possibilità di considerare interventi tutelari, quali quelli forniti dalle assistenti familiari, un livello essenziale di assistenza al pari degli interventi dell'OSS. Questa scelta, sostenuta sia dal decreto regionale di attuazione dei LEA che dagli accordi di programma tra ASL e Città di Torino, permetteva una compartecipazione di metà della spesa da parte della Sanità, così come avviene per le rette nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. Ciò ha permesso, negli anni in cui questo sistema era a pieno regime, un significativo aumento del numero delle progettualità a sostegno della domiciliarità e contemporaneamente una riduzione dell'utilizzo del Pronto Soccorso, laddove l'intensità del supporto a domicilio era adeguata al bisogno socio sanitario. Tuttavia, la crisi economica del 2008 ha portato alla necessità di una rivisitazione del sistema per rispondere al drastico **taglio di risorse economiche regionali** che l'ha portata dal 2010 in piano di rientro. Lo stesso anno l'accordo di programma tra ASL e Città di Torino è stato rivisto introducendo, per gli interventi domiciliari, alcuni criteri di priorità sociale, riguardanti in particolare la condizione di solitudine e di priorità sanitaria, legati a gravi compromissioni dell'autonomia fisica, a disturbi comportamentali oppure a situazioni di dimissione da luoghi di cura di acuzie. L'identificazione di percorsi di priorità per l'accesso agli interventi

a domicilio ha, di fatto, ridotto il numero delle progettualità avviate che si sono quindi concentrate sugli anziani più soli e con le condizioni di salute maggiormente compromesse⁴¹.

Ulteriore tema critico nello sviluppo della sperimentazione torinese è l'identificazione di quali prestazioni potessero godere della compartecipazione della Sanità e quali fossero a carico dell'utente e/o del Comune; in altri termini del *"cosa sarebbe stato considerato LEA e cosa extra LEA"* dalla Regione. La mancanza di una linea chiara ha portato ad una completa incertezza che *"ha scatenato ricorsi al TAR, accordi transitori su chi pagava cosa, chi anticipava il pagamento nell'attesa delle nuove indicazioni regionali..."*. Situazione che ha comportato continui differimenti nei pagamenti che stanno mettendo in crisi le Agenzie del Lavoro e gli Enti accreditati: *"Dalla conclusione del primo bando di accreditamento prevista per il 2014, siamo andati avanti con 12 proroghe, alcune di un mese, alcune di 2, alcune di 6, che hanno generato un processo che sta portando allo sfinimento dei fornitori"*. Quest'ultimi si sono quindi trovati a dover mobilitare il credito per sostenere economicamente il sistema e a non poter sostenere politiche di stabilizzazione dei lavoratori con perdita di qualità del servizio, infatti *"il cittadino rischia di vedere cambiare continuamente il personale che eroga il servizio perché non si può fare altrimenti"*.

La stessa adeguatezza dei progetti - finalità che il sistema intendeva perseguire - è stata fortemente messa in discussione a causa del prevalere di **logiche di risparmio economico**. Ad esempio, si è rilevato che se, da una parte, l'ASL si vorrebbe rifiutare di finanziare anche la *"parte sociale"* del pacchetto di interventi, dall'altra parte, *"tende, per questioni di pricing, ad autorizzare e progettare PAI in cui la gran parte degli interventi a domicilio è fatta da personale non qualificato perché costa esattamente la metà"*. Quello che si sta verificando inoltre è un aumento dell'offerta del privato verso una riduzione del servizio pubblico, con il fine di ottenere flessibilità e piena risposta ai bisogni delle famiglie. *"Anche i cittadini che beneficiano del servizio domiciliare pubblico (...) hanno capito che se rinunziano al loro PAI pubblico e ne negoziano uno privatamente hanno gli stessi servizi governati direttamente da noi, con tutto il vantaggio di avere un interlocutore privato, spendendo praticamente gli stessi soldi ma avendo anche le possibilità di entrare nel merito del loro piano di assistenza, di implementarlo, di ridurlo a seconda delle effettive esigenze. Fatta con i Servizi sociali a tempi biblici e non sempre realizzabile"*. Un altro elemento di tendenza che si è osservato, conseguente a questa netta riduzione della copertura e dell'intensità delle risposte domiciliari, consiste nell'aumento delle domande per servizi residenziali.

Sebbene la situazione non sia ancora chiara, l'attuale orizzonte vede due ulteriori elementi che probabilmente potrebbero minare questo modello nelle sue fondamenta: l'introduzione dei nuovi LEA nel 2017 e il Piano della non autosufficienza 2019-2020 che ha recentemente ottenuto un buon parere dalla Commissione Unificata Stato Regioni. Il primo infatti prevede che possano rientrare nei livelli essenziali di assistenza gli interventi a domicilio ad opera degli OSS, mentre rimane alle Regioni la possibilità di ampliare la copertura dei LEA in base alle risorse disponibili. *"Tema assolutamente controverso"* in un contesto di ristrettezza economica come quello piemontese. Allo stesso tempo il Piano della non autosufficienza prevede che l'assistenza familiare rientri nelle prestazioni socio-assistenziali e non socio sanitarie perpetrando una logica settoriale e non di integrazione.

Il caso studio risulta, in sintesi, quantomeno dal punto di vista teorico, aver concentrato lo sviluppo di un sistema flessibile di presa in carico e continuità del monitoraggio su alcuni elementi: l'integrazione tra attori, la messa a disposizione di servizi anche non tipicamente ed esclusivamente socio-assistenziali e sanitari, la condivisione delle informazioni e il ruolo chiave ricoperto nel sistema e nelle fasi del

⁴¹ Solo al fine di dare un ordine di grandezza, *"Da un totale di circa oltre 6.500 di soli anziani seguiti negli anni tra il 2009 e il 2011, nel 2018 siamo a poco più di 2.700, numero di beneficiari uguale anzi quasi inferiore a quello che era negli anni di avvio di questo sistema"*.

monitoraggio dagli enti di Terzo Settore. Questi elementi rappresentano solo alcune dimensioni del più ampio insieme di dispositivi secondo cui si possono strutturare i processi di monitoraggio dei bisogni. Tuttavia, *“nel momento in cui ci sono stati meno soldi ed è prevalsa una logica settoriale di attività e di spesa, si è tornati indietro rispetto a questa logica innovativa e avveniristica che era nata dalla normativa nazionale sui LEA”*.

2.3.2. Gestione a budget: dalla logica prestazione a quella progettuale

Nel nuovo assetto organizzativo della domiciliarità del Comune di Brescia è previsto che all'ente accreditato venga assegnato un “budget” per la realizzazione del progetto di presa in carico a domicilio dell'anziano parzialmente autosufficiente o non autosufficiente. A differenza del caso torinese, questo budget non convoglia anche le risorse sanitarie per la non autosufficienza ma solo quelle sociali, quindi del Comune a parziale o totale compartecipazione dell'utente. Si distingue inoltre per il fatto che, allo stato attuale, l'introduzione di questo sistema a budget è stato oggetto di sperimentazione da parte di una delle zone in cui è stata suddivisa la città ed entrerà quindi a pieno regime con l'anno 2020.

Questa scelta strategica permette di rendere effettivo il passaggio da un approccio prestazionale ad uno progettuale e di rendere più flessibile la sua modifica in base al cambiamento dei bisogni dell'anziano. Si espongono a seguire le considerazioni di chi ha progettato questo sistema e dei principali soggetti che lo hanno sperimentato, in merito alle sue potenzialità e ai dispositivi e agli sforzi organizzativi che sono stati necessari per la sua implementazione.

L'introduzione di un budget per la gestione della presa in carico a domicilio segna un passaggio decisivo nel sistema domiciliarità bresciano in quanto pone gli operatori nella condizione di definire un piano di intervento e non solo una sommatoria di prestazioni. Nel precedente sistema l'assistente sociale comunale, definiti i bisogni della persona, trasmetteva alla cooperativa sociale che aveva in appalto i servizi domiciliari⁴² il progetto di assistenza contenente le prestazioni necessarie. A questa quindi il compito di riceverlo ed erogare gli interventi. Il sistema a budget cambia radicalmente l'approccio di valutazione del bisogno e il ruolo dell'assistente sociale e del fornitore. *“Il principio fondamentale, che io penso sia il valore aggiunto di questo tipo di impostazione, è dato dal fatto che la costruzione di un progetto ci permette di non limitare l'analisi della situazione alla corrispondenza dell'intervento ma di vederlo nel suo complesso. Se mi avvicinavo alla situazione individuando il bisogno di aiuto per l'igiene personale, il progetto consisteva in due bagni alla settimana. In base alle nuove modalità di gestione del servizio si apre una prospettiva più ampia: la persona ha bisogno di essere sostenuta nella cura personale ma questa trascuratezza nasce anche dalla mancanza di una rete familiare significativa per cui sarebbe auspicabile integrarla meglio nel contesto di vita”*. La nuova impostazione aiuta quindi a leggere i bisogni nella loro interezza e non limitarne la valutazione sulla base dell'offerta disponibile. *“Riuscire a creare delle progettualità più ampie permette di intravedere le possibilità indipendentemente dalla risorsa che hai a disposizione perché talvolta riduci gli ambiti di intervento perché sai che non ci sono le risorse”*. A tal fine il sistema di accreditamento richiede ai soggetti accreditati di fornire un'ampia gamma di interventi che non si limitino ai servizi domiciliari classici ma che comprendano anche quelli che possono essere attivati dalla Comunità stessa⁴³.

Oltre alla necessità di predisporre nuovi strumenti amministrativi che accompagnassero il metodo di rendicontazione e pagamento delle prestazioni, sono state necessarie azioni mirate per accompagnare il

⁴² Prima dell'introduzione del sistema di accreditamento era una sola cooperativa sociale ad aggiudicarsi l'appalto della domiciliarità per tutto il Comune di Brescia.

⁴³ Interventi leggeri quali quelli di socializzazione e buon vicinato (cfr. paragrafo 3.4.1.).

cambiamento delle **funzioni sia del soggetto pubblico che del fornitore accreditato**. Il primo rimane la “porta di ingresso” al sistema, fa quindi una prima analisi della domanda e del bisogno (attraverso la visita domiciliare e i colloqui) e definisce gli obiettivi del piano di assistenza. Questo viene poi condiviso con l’assistente sociale del soggetto privato accreditato che ha la responsabilità di trasformare questi obiettivi in un piano di intervento individuale. Un processo che avviene in tutte le fasi in collaborazione con gli interlocutori principali, ovvero la persona interessata e la sua famiglia. La prima difficoltà riscontrata in questo cambiamento è stata quella di *“aiutare le assistenti sociali a non ragionare per interventi ma per obiettivi [...] La gestione di questo budget condensa anche tutto il cambiamento delle assistenti sociali che devono passare da una traduzione del bisogno di una serie di prestazioni ad una definizione del budget. Questo richiede una visione del cittadino più organica [...] e di guardare più in là dei bisogni contingenti”*. Per accompagnare questo processo sono stati promossi dei **momenti formativi ad hoc** finalizzati sia a consolidare il nuovo approccio metodologico sia a costruire i nuovi strumenti di lavoro necessari. Prima fra tutti la *“scheda di progetto che è stata costruita con il Servizio sociale ed ha impiegato due mesi di lavoro”*. Sono state infatti necessarie numerose revisioni grazie ad una serie di simulazioni di situazioni in carico. In tali occasioni sono emerse varie riflessioni: di sistema (ad esempio, come garantire uniformità nei territori, quali funzioni dare alle figure professionali coinvolte); operative (necessità di rivalutare tutte le persone attraverso visite domiciliari⁴⁴) e professionali (ad esempio, come valorizzare le assistenti sociali nel loro ruolo di regia). Quest’ultimo aspetto in particolare ha richiesto molta attenzione in quanto è stato necessario *“far capire che non stavamo stravolgendo il ruolo del Servizio sociale ma lo stavamo valorizzando perché si andava a configurare come quello di chi progetta, verifica e controlla che si andassero a rispettare le esigenze del cittadino con un rapporto diverso con l’ente gestore”*. Allo stesso tempo anche il soggetto accreditato ha dovuto adattarsi al cambiamento di ruolo che gli richiede **maggiore responsabilità** nella realizzazione del piano di assistenza individuale. Non solo, offrendo anche interventi che non eroga direttamente, esso si fa garante anche di attività che forniscono i suoi partner come, ad esempio, il servizio di trasporto dell’associazione di volontariato con la quale ha formalizzato una convenzione.

Il riconoscimento di una maggiore autonomia del soggetto accreditato avviene sia nel momento della progettazione del piano di intervento, sia nella sua modulazione in base ai cambiamenti delle condizioni degli anziani in carico. *“Cominci a guardare il bisogno come muta da settimana a settimana ed a guardare diversamente le modalità di risposta”*. La flessibilità che offre il sistema a budget viene controllata dall’ente gestore in forte connessione con il Servizio sociale con il quale, oltre ai momenti di verifica periodica, si mantiene un rapporto di collaborazione e confronto. L’introduzione del budget ha cambiato le modalità di rapporto tra soggetto pubblico e privato nella direzione di una maggiore condivisione e sinergia *“quando prima magari c’era più un atteggiamento di delega, non per disponibilità ma per sistema (...). C’è stata la necessità di rodare, chiarire e interiorizzare anche le modalità diverse di lavoro. Una volta il rapporto era ‘ti dico quello che devi fare’. Adesso c’è un ruolo meno direttivo da parte del Comune ma di collaborazione e integrazione rispetto ai diversi livelli di responsabilità”*.

Queste nuove modalità operative permettono di offrire interventi più appropriati sia perché incentivano un’analisi complessiva del bisogno, sia perché facilitano un monitoraggio degli interventi più puntuale. Sono state infatti create le condizioni per rendere più flessibile e stretto il dialogo tra il

⁴⁴ Nel passaggio al nuovo sistema domiciliare sono stati rivalutati i bisogni di tutti i cittadini che usufruivano dei servizi domiciliari attraverso visite a domicilio a carico delle assistenti sociali comunali. In tale occasione è stato anche spiegato come sarebbe cambiato il sistema basato sull’accreditamento dei fornitori.

soggetto pubblico, garante del caso, e quello privato che, essendo quotidianamente a casa dell'anziano, ha una visione diretta e immediata sui suoi bisogni e sul loro cambiamento nel tempo.


2.3.3. Il case management per la continuità della presa in carico

Diverso dispositivo attivabile per la garanzia di continuità della presa in carico è l'individuazione di soggetti formati preposti all'analisi continua dei bisogni e ad intervenire in caso di necessità di variazione dell'offerta. All'interno del SID di Lecco sono le assistenti sociali dell'équipe a svolgere tali funzioni di monitoraggio, ricoprendo nello specifico il ruolo di **case manager**. Tale scelta consente di dare una garanzia dell'integrazione degli interventi forniti da attori diversi e della valutazione della loro appropriatezza rispetto agli specifici bisogni dell'intero nucleo familiare. Il case manager si occupa di curare le relazioni con la famiglia, della condivisione del progetto e della sua rimodulazione nel caso in cui insorgano dei cambiamenti. Questi sono solitamente rilevati dalle osservazioni degli operatori al domicilio che si condividono all'interno del lavoro di équipe. Le rimodulazioni del progetto sono celeri qualora riguardino servizi che coordina il SID, impiegano invece tempi diversi quando richiedono l'intervento di altri soggetti del territorio come può accadere per l'introduzione dell'amministratore di sostegno o per altre misure regionali. La **velocità** delle modifiche del piano assistenziale è essenziale per rispondere alla celerità dei cambiamenti dei bisogni dell'utenza anziana.

Il ruolo del case manager è più importante, in termini di carico di lavoro, qualora l'anziano non possa contare su un supporto familiare forte e presente e porti con sé bisogni socio sanitari complessi che richiedono anche interventi sanitari specialistici. Innanzitutto, nella prima fase di raccolta e analisi delle informazioni sull'anziano, il case manager si rivolge a tutti i servizi con cui collabora per avere un quadro il più possibile completo sulla sua situazione nel pieno rispetto della privacy. Elementi che diventano sostanziali quando si entra al domicilio dove, oltre all'erogazione di interventi assistenziali, si valuta, ad esempio, il bisogno di presidi sanitari in collegamento con l'ASL di competenza o di accertamenti diagnostici assieme al medico di base. La continuità assistenziale non viene solo promossa in maniera episodica in corrispondenza di un passaggio da un trattamento ad un altro o da una struttura ad un'altra, tipicamente dall'ospedale al domicilio, ma durante tutto il processo di presa in carico. *“Anche nell'eventualità di un percorso standard SAD ci occupiamo della continuità nel senso di avere attenzione continua a sollecitare il medico di base, a capire se servono interventi sanitari di altra natura, attivazione di presidi..., anche se non ci sono passaggi da un istituto all'altro”.*

Il caso di Lecco sembra quindi aver intercettato la leva dell'efficiente monitoraggio dei bisogni nella creazione di una figura adibita. Non vi sono tuttavia elementi concreti per comprendere se l'averla identificata nella figura dell'assistente sociale, ed inoltre in una sola persona, benché supportata da una équipe, sia davvero funzionale e più efficiente di altre soluzioni. Di certo, dovendo fungere la stessa da persona predisposta a valutare l'evoluzione dei bisogni, dovrà anche essere opportunamente fornita di strumenti del monitoraggio, di indici ed indicatori sul caso, ma anche, dal lato opposto, di informazioni e strumenti utili ed agili di contatto con gli enti adibiti poi all'erogazione del servizio. Il sistema di Lecco sembra da questo punto di vista forse languire di un adeguato processo di flessibilità nell'azione garantita ai soggetti eroganti, limitandosi ad azioni più di competenza esclusiva e autoritaria dell'ente pubblico. Aspetti sui quali andranno fatte in altri territori opportune considerazioni.

2.4. Integrazione dell'offerta di servizi pubblici e privati



È obiettivo esplicito della Riforma e di Spazio Argento, come rimarcato anche in altri punti, quello di rispondere agli eterogenei bisogni della popolazione anziana e dei famigliari con risposte innovative, complete nella filiera che va dalla prevenzione all'identificazione di tutte le possibili strategie di sostegno alla domiciliarità, ed integrate in una logica di continuità prestazionale ma anche di completamento tra offerta pubblica e privata. Proprio su questo ultimo elemento, ancora una volta, e quindi sul ruolo del Terzo Settore nell'offerta dei servizi pone l'accento anche l'ultima Deliberazione (119/2020) richiedendo alle Comunità indirizzate alla sperimentazione di promuovere azioni volte al miglioramento della copertura dei bisogni e alla co-progettazione di nuovi servizi, oltre che come già descritto della rete tra soggetti.

L'accezione di mix pubblico-privato cui è qui necessario quindi rivolgere attenzione specifica -sì da identificare strumenti operativi e dispositivi opportuni- è quella che guarda alla complementarità ed all'integrazione dell'offerta di servizi. La lettura degli obiettivi di cambiamento e miglioramento di sistema e di processo previsti dalla Riforma e dalla definizione del modulo di Spazio Argento porta infatti a sottolineare come un necessario miglioramento del sistema passi proprio dalla promozione dell'**integrazione** di servizio, tale che l'offerta non sia semplicemente la sommatoria di prestazioni del pubblico piuttosto che del privato non-profit convenzionato. Va quindi analizzato dettagliatamente come garantire questo passaggio dalla logica prestazionale a quella integrata, dall'offerta dei singoli all'offerta complessiva: che sia sufficiente per il coordinamento e l'integrazione delle azioni il luogo fisico di Spazio Argento e dell'équipe responsabile del "confezionamento" del pacchetto di offerta di servizi è da dimostrare. Parrebbe invece più auspicabile un sistema integrato che parta dalla co-progettazione delle modalità di integrazione tra servizi e tra attori e arrivi alla definizione di chiari processi di rete strutturata. Da chi quindi va promossa questa rete e secondo quali modalità?

Inoltre, non è scontato che l'integrazione tra servizi e il mix pubblico-privato porti ad automatici processi di **innovazione** dei servizi e a spazi di collaborazione innovativi. L'innovazione giace in processi di analisi dei bisogni, conoscenza, attivazione di risorse che richiedono ai soggetti di condividere non solo la fase erogativa del servizio ma anche le fasi progettuali e conoscitive. L'innovazione è un prodotto che la rete può sviluppare quindi nel momento in cui questa è maggiormente strutturata e crea riflessione al suo interno sugli spazi dell'azione.

E proprio la condivisione delle conoscenze sul proprio contesto è elemento essenziale affinché si prospetti anche l'auspicata generatività dei processi. Si vuole quindi affermare che non è la semplice realizzazione di un mix di offerta pubblico-privata a far nascere la collaborazione, il dialogo, la partecipazione e la condivisione della conoscenza da cui scaturiscono innovazione e generatività; ma collaborazione, dialogo, partecipazione e conoscenza sono gli elementi da sviluppare nella rete dei soggetti che compongono il mix affinché l'offerta diventi non solo integrata, ma anche innovativa e generativa.

Ulteriore riflessione sull'integrazione pubblico-privato sociale va fatta poi rispetto alla fase dell'adattamento dell'offerta nel momento del monitoraggio. Si deve capire infatti quale flessibilità può essere garantita nel passaggio rapido da un pacchetto prestazionale iniziale ad un diverso mix di soggetti coinvolti nelle azioni nel momento in cui il monitoraggio del bisogno rileva la necessità di mutare la composizione dell'offerta per ore a servizio o per natura dei servizi offerti: ancora una volta, il sistema si deve dotare di flessibilità rispetto alla redistribuzione delle risorse economiche tra soggetti, del carico di competenze, del tipo di prestazioni, trovando opportuni dispositivi.

E proprio rispetto ai **dispositivi** attivabili per un efficace sviluppo del mix di servizi pubblico-privati, la riflessione va portata in sintesi sulla possibile adozione in Spazio Argento e nel nuovo sistema di welfare di:

- processi di rete formalizzati tra enti di Terzo Settore e tra questi e le pubbliche amministrazioni;
- momenti di confronto e condivisione tra i diversi attori da attivarsi con continuità e in modo funzionale, così da migliorare la trasmissione delle informazioni;
- momenti di contaminazione di conoscenze e formazione che possano coinvolgere dipendenti pubblici e privati coinvolti nelle azioni;
- identificazione del mix di risorse pubbliche e private che può essere destinato alla copertura delle diverse azioni e dei diversi servizi;
- strumenti di adattamento nella ripartizione delle risorse dedicate ai vari servizi, quali i voucher;
- cantieri di co-progettazione e analisi dell'evoluzione dei bisogni nel territorio e di identificazione delle possibili innovazioni di servizio da portare a sistema o sperimentare.

I casi studio passati sinora in rassegna hanno già fatto emergere numerosi elementi di integrazione di servizi, di processi e di logiche operative tra enti pubblici e di Terzo Settore. Nei casi a seguire si vogliono rafforzare alcuni concetti guardando in particolare a quei dispositivi che hanno consentito lo sviluppo di dinamiche cooperative anche orizzontali tra enti erogatori.

2.4.1. Logiche cooperative per lo sviluppo di filiera

Il sistema integrato domiciliarità del Comune di Brescia ha - come già descritto - sviluppato una struttura di offerta integrata finalizzata a fornire non solo un pacchetto di prestazioni assistenziali, ma un progetto di vita per il sostegno alla permanenza a domicilio. Per questo motivo gli enti che intendono fare parte del sistema di accreditamento devono poter assicurare, nella zona urbana in cui operano, tutta la gamma dei possibili interventi nel campo della domiciliarità. *“Il bando richiede che il progetto individualizzato preveda l’attivazione sia di risposte professionali e formali sia di risposte che vengano dalla capacità di un tessuto comunitario di riconoscersi tale, di essere prossimo, di essere in rete, di capire che ci sono alcune realtà in cui si può intervenire in una logica di coinvolgimento, di vicinanza sotto una regia che è del Comune che trova nel Servizio sociale un riferimento”*. Questa scelta ha messo gli Enti di Terzo Settore accreditati nelle condizioni di dover innescare un processo cooperativo affinché si potesse offrire una filiera di interventi. Ed è questo il dispositivo di successo prioritariamente rilevabile: **la cooperazione indotta dalla pratica operativa richiesta per l’accreditamento**.

Il contesto pre-riforma, si osserva in modo interessante, era caratterizzato dalla presenza di cooperative sociali, fondazioni e associazioni di volontariato che non erano (o erano poco) abituate a lavorare secondo una logica di processo comunitario per cui si mettono in rete le risorse formali e informali presenti sul territorio. *“Il mondo del volontariato e quello cooperativo erano mondi molto diversi, non si parlavano neppure e se lo facevano era per progetti specifici o per attività che presupponevano interessi per entrambi”*. Il sistema ha operato proprio su questa dimensione. *“Il Terzo Settore ha un approccio strategico ma anche molto adattativo come tutte le imprese, quindi si muove in relazione all’ambiente, al sistema di incentivi che trova dai diversi interlocutori. Sono trent’anni che vedo le pubbliche amministrazioni operare come ‘cattive maestre’ che, anziché innescare processi cooperativi e di integrazione comunitaria, stimolano processi competitivi e di appiattimento sull’intermediazione di mano d’opera”*. Trovarsi a costruire assieme agli altri soggetti una filiera di interventi, è stata per gli enti di Terzo Settore, in particolare per le fondazioni⁴⁵, una nuova sfida in quanto operavano in maniera

⁴⁵ Sono state coinvolte le tre fondazioni più grandi della città di Brescia che si occupano di servizi per le popolazioni fragili dal XVII-XIX secolo.

autonoma e indipendente. *“Averci messo dentro in questo processo, per la nostra fondazione ha voluto dire aprire una finestra sul territorio e vederla popolata da una pluralità di soggetti: da quelli formali a quelli informali”*.

È stato quindi lo stesso Servizio sociale⁴⁶ - anche se non in modo esclusivo - a facilitare questo processo cooperativo di messa in rete delle risorse e degli interventi che diversi soggetti stavano già svolgendo sul territorio, vediamo di seguito con quali strategie e dispositivi. Innanzitutto, questo lavoro è stato condotto a livello di singola zona urbana⁴⁷ dal Servizio Sociale Territoriale che ha convocato gli Enti accreditati in quell'area. È stata quindi realizzata una **mappatura** di tutte le risorse del territorio, ad iniziare da quelle di ogni soggetto gestore fino a quelle del mondo dell'associazionismo sportivo, del volontariato, delle parrocchie. *“La cosa positiva, ancora prima di contattare le associazioni, è stato questo lavoro congiunto che è stato fatto da parte delle agenzie accreditate per condividere una visione e andare insieme a presentarla a queste associazioni”*. La visione che è stata condivisa è di una presa in carico globale dell'anziano fragile e non autosufficiente per il quale è importante sviluppare e facilitare la creazione di una rete di supporto informale. *“Il buon vicinato secondo noi può essere una risorsa fondamentale sia per una prima segnalazione del bisogno, sia per la messa in campo di alcune risposte a quei bisogni degli anziani che non sono spesso di igiene personale e accompagnamento a visite, ma di compagnia e rafforzamento della rete sociale. È questo che noi andavamo a cercare all'interno di queste associazioni che abbiamo contattato”*.

Alla mappatura è quindi seguita la **definizione di un progetto** comune agli Enti accreditati con il quale si sono presentati i soggetti intercettati per proporre delle collaborazioni. Molti hanno risposto con interesse ma è emersa anche la difficoltà a tradurre questo entusiasmo in operatività in quanto si rischiava di sovraccaricarli di attività. *“Abbiamo quindi fatto un passaggio ulteriore, abbiamo fatto una mappatura delle attività che queste associazioni già fanno (caffè, tombolate, balli...) e noi ci occupiamo di far partecipare gli anziani. Abbiamo inoltre richiesto che mettessero in rete la loro programmazione delle attività”*. Si è quindi voluto puntare non tanto su una richiesta di promuovere ulteriori attività, ma sulla **valorizzazione e messa in rete dell'esistente** in una dinamica di reciprocità. Alle associazioni è stato infatti chiesto di cosa avessero bisogno e in che modo le cooperative sociali e le fondazioni potessero offrire in cambio in modo da mettere in campo una collaborazione effettiva.

Altro dispositivo caratterizzante questo processo di incontro e cooperazione tra gli enti è individuabile nel fatto che non solo si è attivato il contesto allargato costituito da gruppi, volontari singoli e associazioni nella cura dell'anziano, ma si sono anche **messe in comune le risorse del sistema**, valorizzando le competenze già sviluppate ed evitando la loro dispersione. Il risultato di tale processo sono otto soggetti gestori accreditati, che hanno attivato partnership collaborative con più di una ventina di organizzazioni del territorio che sono specializzate in particolari servizi⁴⁸. Essendo un lavoro che è stato svolto in maniera diversa nelle cinque zone urbane, il quadro è molto differenziato per le caratteristiche proprie di ogni contesto, ad esempio per la presenza più o meno numerosa di associazioni di volontariato e di enti del Terzo Settore, per i bisogni dei cittadini, ma anche per le diverse modalità di coordinamento promosse dal Servizio sociale territoriale. *“Lavoriamo molto bene in una zona in cui la regia del Servizio sociale territoriale è reale, forte, costante e appassionante. In altre zone il coordinamento è meno efficace e la costruzione della rete per l'ente gestore diventa molto più difficile da*

⁴⁶ Nella riorganizzazione del Servizio sociale è prevista un'area trasversale che ha come finalità lo sviluppo e l'attivazione della Comunità.

⁴⁷ La città è stata suddivisa in cinque zone urbane.

⁴⁸ Dal report di valutazione a cura dell'Agenzia Conoscenza e Innovazione (2018).

costruire". Aspetto che richiama alla necessità di sviluppare maggiormente competenze professionali di management, coordinamento e gestione delle reti.

Oltre alla facilitazione dei rapporti collaborativi all'interno delle singole zone urbane, **il Servizio sociale ha fornito supporto nella definizione di alcuni accordi quadro** che tutti i soggetti accreditati hanno stipulato per il servizio di trasporto con Auser, Anteas e Solidarietà Viva e per il telesoccorso con la Croce Bianca. *"Ci si è trovati in un colloquio tra sordi (...), non c'era nemmeno consapevolezza dei soggetti che si occupano di trasporto. Il Comune ha convocato tutti i soggetti potenzialmente disponibili per l'attività di trasporto e ha cercato di trovare accordi per darsi delle regole comuni su tutto il territorio"*. Accordi che hanno facilitato l'accesso a queste misure in quanto possono essere attivate direttamente da tutti gli enti accreditati senza dover fare una procedura separata. Il lavoro di ricomposizione dell'offerta è volto proprio a renderla maggiormente rispondente ai bisogni delle famiglie e ad evitare che si debbano orientare da sole in un sistema altamente frammentato e farraginoso.

In sintesi, se lo strumento operativo dell'accREDITamento di reti di soggetti offerenti servizi integrati è risultato efficace nei risultati apportati al sistema e nell'impatto generato nella rete locale, di certo è da riflettere sulla complessità pratica della sua realizzazione e sulla necessità quindi che esso si basi su dispositivi plurimi: dalla mappatura del contesto alla condivisione delle risorse e quindi all'estensione ulteriore delle reti verso soggetti offerenti servizi in filiera. Con ricadute sui comportamenti che potrebbero in alcuni territori rischiare tuttavia di assumere tratti lesivi della concorrenza e andranno calibrate a fronte quindi di un'attenta mappatura e in modo coordinato ai processi di co-progettazione.

2.4.2. Promozione della rete e corresponsabilità

Una delle peculiarità del Sistema Integrato Domiciliarità di Lecco risiede nel fatto di nascere all'interno di un più ampio processo di cambiamento del modello di welfare che intende fondare la sua sostenibilità sulla condivisione tra i diversi soggetti del territorio della responsabilità nei confronti dei soggetti più fragili. Il primo elemento alla base di tale sistema è stata quindi la già trattata co-progettazione, che ha permesso di dare una struttura organizzativa ai servizi facilitando un modo di lavorare in maniera connessa. Va tuttavia considerato che tale fase non è sufficiente ad esaurire la spinta collaborativa, ma la corresponsabilità deve permeare anche nelle fasi vere e proprie dell'offerta integrata. L'idea fondante è che l'intervento sociale non possa fermarsi ai servizi che l'operatore attiva a favore della famiglia, ma che esso vada realizzato attraverso la **connessione di tutte le risorse** presenti all'interno della Comunità (Gaviano e Sala, 2016).

Il SID ha così innanzitutto promosso la condivisione di responsabilità tra pubblico e privato che ha permesso di costruire una rete che attingesse dalle risorse di entrambi. Da una parte, il soggetto privato ha portato una serie di conoscenze, contatti, collaborazioni sulle quali l'ente pubblico, anche per questioni di regolamento, non aveva investito. A sua volta quest'ultimo ha messo a disposizione la sua strutturazione in termini di gestione dei servizi. *"È stata proprio una sorta di matrimonio per cui la rete attuale è costituita da tutto questo tesoretto che hanno portato questi due soggetti principali"*. La rete che ne è nata e in cui è inserito il SID è molto fitta e comprende: i servizi per anziani che lavorano nel regime diurno e residenziale; le cooperative attive nei servizi alla persona; le associazioni che si occupano di anziani come Auser e Anteas e tutte quelle realtà più piccole quali l'associazione Parkinson e Alzheimer; i servizi di accompagnamento e trasporto sociale; i sindacati per l'avvio e la gestione di pratiche burocratiche; le farmacie; i medici di base; le assistenti sociali dell'ospedale e delle RSA. Alcuni soggetti sono stati coinvolti nella co-progettazione, altri sono stati intercettati successivamente nell'idea

di tessere una rete territoriale sempre più fitta e capillare. Un punto di forza del servizio è proprio *“la ricerca continua di queste collaborazioni territoriali”*.

Ad esempio, la collaborazione con l'Associazione Auser è stata rafforzata ed ha assunto finalità e funzioni ulteriori rispetto a quelle che aveva con il Servizio Anziani. L'Associazione infatti gestisce, su appalto dell'Azienda di Tutela della Salute, il servizio di telefonia sociale che raggiunge 1.200 persone per chiamate di compagnia e contrasto alla solitudine che svolgono anche un'importante funzione di monitoraggio. Se prima la collaborazione si limitava alla segnalazione di eventuali situazioni di fragilità, attualmente si prevede che lo stesso SID possa richiedere l'attivazione del servizio qualora ne individuasse la necessità.

Inoltre, sulla spinta di rendere corresponsabile tutta la Comunità nella cura delle persone fragili sono nate collaborazioni informali, ad esempio, con associazioni di volontariato e di rappresentanza, amministratori condominiali, ristoranti, referenti di quartiere o enti esercenti. L'esperienza pilota di un diverso approccio alla fragilità che sposta l'attenzione dalla prestazione all'attivazione della rete sociale è il progetto *“ABC - Abitare Bene la Comunità”*, promosso nel 2012 in un quartiere di Lecco su finanziamento di un bando della Fondazione Cariplo. Il partenariato, che vedeva come capofila l'Associazione di Volontari Caritas, era composto da associazioni e cooperative impegnate nella risposta ai bisogni delle persone in condizioni di svantaggio sociale. Il progetto prevedeva che un educatore di Comunità prendesse contatto con tutte le realtà presenti nel quartiere, da esercenti ad associazioni di volontariato, per proporre iniziative di conoscenza e integrazione finalizzate a sensibilizzarle ed attivarle nell'essere di sostegno ai bisogni delle persone più vulnerabili. Questa esperienza *“ha fatto pensare che questa tipologia di interazione potesse essere replicata magari non così a livello allargato di quartiere ma con progetti”*. È stato quindi istituito lo strumento del **“patto di Comunità”** che formalizza un accordo tra il Comune di Lecco e i soggetti territoriali interessati *“a sviluppare progettualità sociali condivise e finalizzate ad attivare la cittadinanza, le Associazioni della società civile, le realtà profit nel prendersi cura delle persone in difficoltà residenti nel territorio”*⁴⁹. Secondo la Deliberazione della Giunta comunale: *“risulta quindi opportuno e necessario regolare i rapporti con i soggetti attivi del territorio, ne sancisca formalmente gli accordi di collaborazione per perseguire una definizione condivisa e corresponsabile di progetti di welfare comunitario e agevolare lo sviluppo di nuovi processi e consolidare quelli in atto”*. In tal modo i soggetti si prendono un impegno che prevede lo scambio di risorse di tipo non economico come azioni di custodia sociale, di monitoraggio sulle situazioni delle persone vulnerabili (in carico ai Servizi sociali o alle organizzazioni), scambio di informazioni o creazione di coesione sociale nel contesto cittadino. I principali ambiti di intervento riguardano: le opportunità socio occupazionali; la situazione abitativa; lo sviluppo di interventi di custodia sociale diffusi nei quartieri; la promozione di iniziative sociali nei quartieri e l'individuazione di spazi di comunicazione sociale (ad esempio, newsletter periodiche, incontri assembleari con i cittadini).

Sono stati coinvolti enti e organizzazioni molto diversi che vanno da Confartigianato fino al piccolo negozietto di quartiere che si rende disponibile a fare attività di monitoraggio per intercettare situazioni di eventuale bisogno. Il **patto di Comunità** con Federparma, ad esempio, ha coinvolto una quindicina di farmacie e prevede che il SID si renda disponibile ad accogliere sollecitazioni e segnalazioni che i farmacisti, quali persone di fiducia all'interno della Comunità, raccolgono da parte dei cittadini che usufruiscono dei servizi domiciliari. A questa attività di monitoraggio, il SID ricambia con attività di informazione, con consigli e suggerimenti e ciò facilita una presa in carico condivisa della persona fragile. Con l'Associazione Nazionale Mutilati Invalidi Civili, che si occupa di aiutare le famiglie nel

⁴⁹ Deliberazione di Giunta Comunale numero 223 del 24/11/2016.

processo di richiesta per l'indennità di accompagnamento, è stato fatto un patto di Comunità nel quale si formalizzano le procedure di invio e segnalazione con il Servizio Famiglia e Territorio. Da una parte, l'associazione raccoglie con più facilità le richieste, dall'altra parte, tutte le famiglie che ne hanno potenzialmente bisogno sanno dell'esistenza di questa opportunità e possono usufruirne con maggiore facilità.

In sintesi, emerge con chiarezza la diversa modalità con cui il SID di Lecco ha agito nella generazione della cooperazione tra enti rispetto a quanto promosso nel precedente caso del Comune di Brescia. Dispositivi e strumenti operativi diversi, l'uno meno e l'altro più formale, con diversi seppur comuni livelli di apertura al coinvolgimento di soggetti diversi e della cittadinanza in senso più esteso. Il patto di Comunità qui praticato è comunque da considerarsi come un dispositivo che permette di integrare nella rete di sostegno ai soggetti fragili anche le risorse di tipo non economico di cui ciascun ente è proprietario e che sono disperse nella collettività non solo tra soggetti già impegnati nel welfare locale, ma anche tra soggetti che non ne fanno parte ma che possono averne l'interesse o le potenzialità.

2.5. Integrazione tra funzioni e professionalità

I cambiamenti procedurali ed operativi previsti nella creazione del modulo organizzativo di Spazio Argento avranno ovvia ricaduta anche sulla creazione di profili e professionalità nuove a supporto dello sviluppo di un nuovo welfare e della gestione di Spazio Argento. Passare ad una logica integrata, avere una visione completa e continuativa sull'evoluzione dell'offerta dei servizi e sensibilità completa rispetto allo stato e all'evoluzione dei bisogni, richiederà investimenti in aggiornamenti, sviluppo di funzioni e probabilmente richiederà la messa in condivisione degli approcci e delle analisi, con lo sviluppo crescente del lavoro di équipe.

Lo sviluppo di équipe di lavoro, in particolare, può essere visto come funzionale a due livelli: quello della pianificazione iniziale dei servizi integrati e quello della progettazione del servizio individuale alla persona richiedente. A livello macro (o di pianificazione) l'équipe integrata tra professionisti pubblici di diversa area e del privato sociale può sviluppare quel sistema di condivisione di conoscenze formali e informali che agevola la possibilità di giungere all'identificazione completa della domanda del territorio, dell'evoluzione dei bisogni e dei cambiamenti nei fenomeni territoriali. E, come già premesso, cooperative sociali ed enti di Terzo Settore rappresentano sentinelle dotate di propri meccanismi di raccolta delle informazioni, prevalentemente basati sui canali fiduciari che vanno quindi ad integrare le informazioni e le modalità di raccolta delle stesse esercitate dai canali e dai dipendenti pubblici. Ai vantaggi dell'estensione dei gruppi di lavoro a soggetti eterogenei possono tuttavia corrispondere costi legati all'eterogeneità di visioni e di indicatori di riferimento di stakeholder e professionisti diversi, costi quindi di gestione del processo di condivisione e di decisione (al pari di qualsiasi processo di governance), quali costi nei tempi di comunicazione e condivisione, di disallineamenti tra linguaggi o obiettivi, di rischio di standardizzare la decisione finale sulla volontà dei soggetti prevalenti piuttosto che su una visione condivisa.

Bisogna quindi decidere quali dispositivi attivare per un efficiente ed efficace coinvolgimento dei vari professionisti e dei vari enti nelle fasi della pianificazione e della creazione dell'offerta individualizzata.

Il livello più semplice, che come si vedrà emerge dalla lettura dei casi studio, è quello di affidare la gestione dell'équipe ad un soggetto con potere decisionale, lasciando il coinvolgimento delle altre parti al livello della consultazione e della trasmissione delle informazioni note ed utili. Così, per le équipe di pianificazione, il soggetto pubblico (la Comunità di Valle, il Comune) è dal punto di vista naturale l'attore

responsabile della pianificazione del settore e diviene soggetto cui far confluire in un sistema integrato fonti e dati rielaborati sull'andamento dei bisogni nel territorio di competenza. Per le équipes operative, come già emerso in qualche caso studio presentato, il case manager potrebbe essere identificato in un professionista pubblico che coordina un proprio gruppo di lavoro prevalentemente di dipendenti pubblici e che organizza momenti di confronto aperto con i rappresentanti degli enti di Terzo Settore coinvolti nelle azioni del territorio di propria competenza.

2.5.1. Multi-professionalità e multi-appartenenza

L'elemento del possibile ostacolo allo sviluppo di fasi e luoghi di condivisione della conoscenza e dell'esperienza deve essere affrontato guardando in primo luogo a quelle pratiche che hanno agito proprio con espliciti obiettivi di allineamento delle visioni e di investimento in **équipe**. Il Comune di Lecco si contraddistingue proprio per la scelta iniziale di condividere con il privato sociale la responsabilità direzionale e gestionale sia degli aspetti tecnico-orientativi che operativi; obiettivo che ha richiesto di configurare l'organizzazione dei diversi ambiti in modo da tenere in "dialogo costante" i due partner. All'interno del SID è stata così costituita un'équipe composta da una molteplicità di figure professionali (vi lavorano assistenti sociali, ausiliari socio-assistenziali, un'educatrice e una psicologa⁵⁰) che appartengono al pubblico e al privato sociale anche di diverse cooperative sociali. Il gruppo di lavoro si caratterizza quindi sia per essere multidisciplinare che per la sua multi-appartenenza. La presenza di figure professionali di diversa formazione è vista come un vero e proprio punto di forza del modello in quanto permette di ampliare le possibilità di intervento e la loro efficacia. *"Il fatto di avere figure così diverse all'interno di un servizio, ognuna con punti di vista sia professionali che legati all'interazione con le reti del territorio, amplia tantissimo le prospettive di intervento, sia in termini di efficacia che di creatività. A volte sperimentiamo, proviamo cose inedite per capire se riusciamo a costruire risposte nuove"*. Il confronto tra figure professionali con diversa formazione permette infatti di guardare alla situazione della singola famiglia con uno sguardo completo, attento ad ogni aspetto.

La collaborazione tra personale delle cooperative e dell'ente pubblico non viene vista come generatrice di particolari difficoltà nell'operatività quotidiana. *"Nasciamo così all'interno di questo servizio. (...) L'appartenenza al Comune piuttosto che alla cooperativa è solo un discorso di orientamenti a monte ma nel concreto, nella traduzione della propria professionalità all'interno di questo servizio che è costruito così, viene molto naturale quindi non vedo nessun tipo di fatica o rischio"*. Il riferimento principale del lavoro non sono le rispettive appartenenze, ma il fatto di lavorare su obiettivi comuni che vengono co-costruiti. Questa stretta collaborazione tra pubblico e privato ha anzi portato ad una contaminazione positiva in cui il primo ha imparato ad assumere un approccio più attento all'ascolto e ai bisogni della persona e a dare risposte più snelle; il secondo a saper concretizzare gli interventi dentro cornici precostituite.

Contaminazione è quindi il dispositivo attivato, anche se pare trattarsi più di un elemento procedurale che è assegnato alle persone e alla loro responsabilità e propensione al dialogo piuttosto che consistere di un meccanismo formalmente istituibile dall'ente pubblico promotore. Formazione, conoscenza e creazione di un vocabolario condiviso possono tuttavia essere considerati quali leve di questi naturali sviluppi.

⁵⁰ La psicologa offre i suoi interventi sia agli anziani per la rielaborazione di situazioni di malattia e solitudine, sia ai familiari e altri *caregiver* per la gestione del carico di cura e per la promozione del loro benessere relazionale e psicologico.

2.6. Sistema informativo integrato


La condivisione delle informazioni è da ritenersi come uno strumento operativo che può incidere significativamente sull'efficienza del sistema di welfare, riducendo i costi ed i tempi in ogni fase operativa: quella della mappatura dei bisogni (con analisi di trend dei dati condivisi tra gli enti), quella dell'analisi del bisogno individuale e della presa in carico (con integrazione tra profilo socio-assistenziale e sanitario, ma anche con trasmissione completa e condivisa dal modulo organizzativo agli enti erogatori del servizio), quella del monitoraggio dell'evoluzione dei bisogni. Tale premessa porta ad osservare come il livello di sviluppo di un sistema informativo integrato possa essere molto diverso a seconda delle possibilità e delle caratteristiche di un territorio e di un'azione. Da quanto sottolineato nella Delibera 119/2020, sono accertate ad esempio le difficoltà a realizzare in tempi brevi una cartella socio-sanitaria condivisa tra APSS e Comunità, ma non devono essere per questo trascurate comunque le possibilità di sviluppo di sistemi informativi o di condivisione delle informazioni ad altri livelli, quale quello tra Spazio Argento ed enti di Terzo Settore. Con l'obiettivo comunque di avere come visione cui tendere un sistema informativo in grado di rendere accessibile le informazioni ai cittadini e agli enti e di supportare la gestione dell'attività di presa in carico continuativa ed integrata tra enti. Per la raccolta delle informazioni e per l'assunzione delle decisioni si potranno quindi utilizzare inizialmente strumenti semplici, omogenei standardizzati, validati; pensando poi alla creazione di banche dati complesse, sia sociali che sanitarie, rese disponibili agli attori interessati per migliorare l'offerta e la progettazione complessive ed individuali. Strumento operativo e dispositivo risultano in tal caso elementi sovrapponibili e chiaramente identificabili. La volontà è quella di agire sui processi anche avvalendosi delle tecnologie e condividendo nel sistema informazioni utili alla gestione dei processi, che agiscono sull'elemento dell'efficienza (risparmiando risorse legate alla duplicazione della raccolta delle informazioni da parte di attori diversi) e dell'efficacia (potendo accedere ad informazioni di varia fonte e natura che permettono di rispondere meglio e con decisioni più appropriate ai bisogni reali e completi della persona).

Dietro allo strumento operativo del sistema informativo stanno tuttavia questioni delicate come la privacy, la possibilità di consultazione da parte di soggetti eterogenei e il tempo da investire nei processi di condivisione delle informazioni via rete informatica. Elementi che talvolta ostacolano lo sviluppo o semplicemente l'uso appropriato dei sistemi.

Come già premesso, il presente paragrafo illustra gli sviluppi informativi che hanno caratterizzato alcune best practice a livello nazionale, con obiettivi di riflessione futura per Spazio Argento e l'attuazione finale degli obiettivi della Riforma⁵¹.

2.6.1. Gradualità e capacity building per l'introduzione di innovazioni tecnologiche

⁵¹ Le difficoltà tecnico-informatiche legate allo sviluppo di un sistema informativo integrato tra Comunità e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (previsto nella Legge provinciale sulla tutela della salute n. 16 del 2010) hanno costretto la Giunta provinciale a posticiparne la realizzazione prevedendo nel frattempo l'adozione di altri strumenti di integrazione e semplificazione nell'accesso (delibera n. 119 del 30 gennaio 2020). Tuttavia, si è ritenuto opportuno non chiudere la riflessione sull'adozione di sistemi informativi integrati proprio in ragione della complessità nella sua realizzazione. Si è però scelto di incentrare l'analisi su esperienze di sistemi informativi condivisi non tra comparto sociale e sanitario ma tra Servizio sociale e i soggetti preposti all'erogazione dei servizi domiciliari. Inoltre, si sono voluti considerare in particolare i processi che ne hanno accompagnato l'implementazione sia perché rappresentano prassi dalle quali prendere utili spunti di riflessione, sia perché sono stati l'occasione per rafforzare e curare la partnership tra pubblico e privato.



Il progetto “La cura è di casa” ha ideato e sviluppato una piattaforma digitale, operativa da marzo 2019, per offrire una programmazione giornaliera degli interventi che sia coerente con i bisogni dell’anziano e che riesca a coordinare l’azione dei vari partner mettendoli tutti sullo stesso piano. In tal modo si può garantire una maggiore razionalizzazione delle risorse e favorire un monitoraggio più puntuale delle risposte. A differenza di altre piattaforme con una logica on demand che favoriscono l’incontro tra domanda e offerta, questa è, di fatto, una **piattaforma gestionale**. Si compone di un’interfaccia pubblica sul web che è accessibile con un account personale nell’area riservata e di un’applicazione che gli operatori che accedono al domicilio hanno sul proprio smartphone o tablet. La piattaforma raccoglie tutte le informazioni sui singoli utenti, dai dati anagrafici alle valutazioni, in cartelle sociali e il piano di intervento personalizzato definito da *Care Planner* e *Network Manager* in concerto con l’anziano e la sua famiglia. Si dispone quindi di una pianificazione oraria molto dettagliata degli interventi che permette di coordinare in maniera efficace l’azione di tutti gli attori coinvolti, dalle OSS ai volontari. Il singolo operatore può quindi fare la registrazione dell’accesso al domicilio utilizzando l’applicazione sul proprio device, permettendo di monitorare in tempo reale se e quali interventi vengono effettivamente forniti. Questo facilita enormemente il lavoro di rendicontazione delle attività che non devono essere più fatte manualmente, ma vengono prodotte in automatico. Nella stessa maniera si giunge in modo agile alla definizione della quota di compartecipazione che deve essere richiesta a fine mese al cittadino che usufruisce dei servizi.

Nel progetto della piattaforma è previsto che vi possano accedere anche i volontari, passaggio che non è stato ancora attuato per la presenza di alcuni fattori ostacolanti. I volontari, infatti, sono nella maggior parte dei casi over 60 e non hanno una particolare propensione all’utilizzo della tecnologia, oltre al fatto che, non dovendolo fare per lavoro non sono particolarmente motivati ad acquisire competenze in merito. Alcune resistenze sono state portate anche dalle associazioni di volontariato stesse che hanno già un loro sistema di registrazione dei volontari.

Il sistema è stato creato su misura, se questo ha permesso di adattarlo alle specifiche esigenze del progetto, ha tuttavia richiesto un intenso e lungo lavoro di progettazione e implementazione che è durato un anno. Alla fase di analisi e sviluppo, è seguita quella di test e, sebbene il sistema sia operativo da alcuni mesi, necessita ancora di essere affinato anche da un punto di vista tecnico. *“La prossima volta farei una riflessione più attenta per capire se vale la pena farsi un sistema su misura o comprarne uno sul mercato (...) anche se ci si trova ad affrontare il problema opposto, ovvero forzare la rete dei partner ad adeguarsi al sistema”*.

Attualmente lo stato di implementazione è molto eterogeneo nelle varie aggregazioni territoriali, in alcune è pienamente operativo, in altre ci sono ancora delle difficoltà. Queste dipendono da un mix di fattori: difetti propri della piattaforma che devono essere migliorati; la copertura di campo che è molto approssimativa in questo territorio, in alcune zone assente o intermittente; il livello di competenza informatica degli operatori.

Le strategie utilizzate e consigliate per mettere a regime una piattaforma informatica condivisa e accessibile da una rete di soggetti (nel caso specifico si tratta di circa 140 operatori appartenenti a una dozzina di partner diversi) sono all’insegna della **gradualità e del capacity building**. Innanzitutto, prima di implementare un tale sistema, sarebbe necessario fare una mappatura delle competenze e delle disponibilità degli operatori ad utilizzare e accettare le tecnologie come strumento di lavoro. Sebbene infatti queste facciano parte della nostra vita quotidiana, si è rilevata una certa resistenza al loro utilizzo per lavoro in quanto richiede un cambiamento nel *modus operandi*. *“Avere a disposizione una piattaforma informativa significa dover incastrare la propria attività dentro uno schema, questo è un*

*pregio e un difetto perché talvolta OSS e assistenti sociali sono abituati a muoversi in modo libero sul territorio". È stata prevista e consigliata un'attività di formazione che coinvolga i soggetti in modo graduale e secondo modalità non tradizionali. Si suggerisce di coinvolgere inizialmente solo pochi operatori, i più convinti e competenti, in modo tale che, una volta diventati pratici, possano diventare peer educator dei colleghi. Le modalità di formazione inoltre sono maggiormente efficaci se non seguono il metodo di insegnamento frontale in aula, si devono piuttosto trovare forme diverse, più simili alla simulazione e all'accompagnamento. Sono state infatti organizzate delle sessioni nelle singole aggregazioni territoriali durante le quali si mettono attorno ad un tavolo i soggetti chiave (*Network Manager, Care Planner* e il responsabile di struttura, persone che all'interno dei partner hanno un ruolo di responsabilità di gestione del personale e, di fronte al proprio dispositivo, si accompagna all'utilizzo cercando di capire cosa funziona e non funziona e come gestirlo nell'operatività. Oltre a questi momenti si garantisce anche un affiancamento costante in caso di bisogno. Un lavoro molto oneroso e impegnativo che ha, però, avuto risvolti positivi in termini di manutenzione dei legami collaborativi all'interno della rete.*

2.6.2. Sistema Informativo per i Servizi Socio-Assistenziali

Se il sistema informativo de "La cura è di casa" offre interessanti spunti strategici per la definizione di strumenti e dispositivi che permettono l'introduzione di innovazioni tecnologiche, esso è comunque funzionale anche alla gestione di un progetto. Si è quindi voluto aprire l'analisi anche ad esperienze in cui l'utilizzo di piattaforme informatiche entra a far parte della strumentazione gestionale di sistemi di sostegno alla domiciliarità più ampi e complessi. Dall'analisi documentaria e dalle interviste condotte è emerso che il Servizio Politiche Sociali di alcune grandi città condividessero la medesima piattaforma informatica "iCare" che fa parte del Sistema Informativo per i Servizi Socio-Assistenziali (SISA) e permette di gestire interventi di welfare sociale dalla loro progettazione all'erogazione e rendicontazione. La licenza della piattaforma era stata acquisita una decina di anni fa dal sistema appaltante della Regione Piemonte per essere distribuita sul proprio territorio, tuttavia essa non vede ancora piena realizzazione nel capoluogo. Il suo sviluppo e la sua diffusione si deve al Comune di Milano che, ottenuta dal Comune di Torino, l'ha fortemente personalizzata e condivisa con altre città quali Genova, Firenze, Venezia e Cagliari. Si è quindi scelto di analizzare i dispositivi e le strategie operative che le città di Milano e Genova hanno messo in atto nell'introduzione della piattaforma in quanto in questi casi è diventata il supporto tecnologico dei cambiamenti organizzativi e gestionali nel campo della domiciliarità⁵². Delineati i vantaggi e gli aspetti comuni alle due esperienze, si illustrano di seguito le scelte strategiche che ognuna delle realtà ha adottato per l'introduzione dell'innovazione tecnologica e gestionale.

In entrambi i casi il sistema informativo è il **supporto tecnologico che permette di gestire i progetti di presa in carico domiciliare** che vedono interessati il Servizio sociale e gli Enti accreditati per l'erogazione dei servizi. Le prime fasi di analisi della domanda e valutazione dei bisogni sono di competenza delle assistenti sociali comunali⁵³ che, da una prima diagnosi sociale, redigono un piano di assistenza individualizzato implementato direttamente sulla piattaforma. La compilazione del progetto avviene su un framework condiviso che si struttura sulla base di flag da selezionare. Il sistema

⁵² Il Comune di Milano ha scelto di dotare il Servizio Politiche Sociali di un sistema informativo maggiormente adeguato ed aggiornato proprio in concomitanza con la sua riorganizzazione avviata nel 2013. Il Comune di Genova ha introdotto la piattaforma in corrispondenza alla Riforma del sistema domiciliarità (avvita nel 2017) che ha visto il passaggio ad un sistema di accreditamento dei fornitori e l'entrata della nuova linea di intervento dell'assistenza familiare.

⁵³ Nel Comune di Milano si sta progettando la possibilità per il cittadino di accedere al portale online con le proprie credenziali e presentare la domanda.

informativo compie immediatamente due operazioni: calcola le ricadute finanziarie del progetto e le carica sulla parte della piattaforma ICare condivisa con i soggetti erogatori⁵⁴. Questi hanno subito visione della richiesta di intervento e anche della sua possibile calendarizzazione. Ovviamente la gestione dell'avvio della presa in carico e poi del suo monitoraggio non si esaurisce sulla piattaforma informatica, ma richiede l'incontro e il confronto tra soggetti interessati (famiglia, Servizio sociale e fornitore) nonché spesso una visita domiciliare da parte degli operatori della cooperativa. Successivamente, ogni volta che avviene un accesso al domicilio per l'erogazione delle prestazioni, queste possono essere sia tracciate in maniera automatica tramite un'applicazione, sia attraverso il gestionale della cooperativa (se ne è in possesso) e che a fine mese genera la rendicontazione sui singoli progetti.

Prima del SISA, gli strumenti operativi di supporto alla gestione dei progetti di assistenza domiciliare erano, all'interno dei due Comuni, principalmente in formato cartaceo, alcuni operatori utilizzavano anche strumenti quali cartelle Excel o Access, ma in maniera molto disomogenea e, anche laddove era presente un supporto informativo strutturato, il suo utilizzo era molto discrezionale. *“Era un sistema altamente flessibile ma che comporta un onere in termini di tempo da dedicare che non è più compatibile con i tempi dettati dai bisogni”*. L'introduzione della piattaforma informatica ha portato, fin dalle prime fasi di avvio del progetto, notevoli vantaggi in termini di **ottimizzazione del tempo lavoro ed efficientamento delle risorse**. *“La piattaforma informatica permette di compilare un progetto in quattro minuti, per un progetto cartaceo ci vuole un'ora, un'ora e mezza”*. Oltre alla riduzione dei tempi di scrittura del progetto, il sistema consente un uso più efficiente del tempo in quanto la sua presenza sul digitale lo rende più facilmente condivisibile, modificabile e verificabile. L'ottimizzazione dei tempi è ancora più significativa ed evidente per la rendicontazione degli interventi e quindi per la gestione del budget complessivo per la domiciliarità. *“Effettivamente se prima la rendicontazione aveva dei grossi problemi di tenuta ma anche di monitoraggio del budget, grazie al SISA abbiamo capito che abbiamo 4.400 progetti, negli anni precedenti (...) non c'era un numero certo (...). In un sistema che è altamente dinamico, inevitabilmente ci si deve dotare di strumenti che sono più raffinati rispetto alla carta ma anche ad un prospetto Excel”*. Al momento dell'avvio del progetto il sistema informativo emette un'ipotesi di fattura in relazione agli interventi programmati, questa verrà confermata o subirà dei cambiamenti sulla base dei servizi che poi vengono effettivamente erogati. Un'operazione che viene fatta in automatico sollevando il personale da queste mansioni che prima venivano gestite in cartaceo. Un alleggerimento che riguarda sia i possibili scostamenti in itinere che la rendicontazione mensile, ma anche la fase conclusiva della sospensione o uscita dal progetto. Inoltre, il sistema permette di regolarizzare costantemente gli spostamenti del budget, quindi eventuali risparmi o spese non previste vanno automaticamente a cambiare il budget annuale residuo. La digitalizzazione di questi processi consente al soggetto pubblico di esercitare in modo più veloce ed efficace le funzioni di **verifica e controllo** che gli sono proprie. *“Esercitare le funzioni di controllo prima era impossibile. Oggi viaggia tutto online sia per la reportistica strutturata che di dettaglio se si vuole: la prima schermata mette in evidenza gli scostamenti a livello generale, cioè quanto assegnato a ciascuna cooperativa e quanto effettivamente fatto, con dei clic successivi puoi arrivare anche sul singolo codice fiscale”*.

Se l'introduzione della piattaforma informatica ha portato a notevoli vantaggi in termini di ottimizzazione dei tempi per l'avvio, la gestione e la rendicontazione dei progetti di assistenza domiciliare, essa ha richiesto **investimenti e sforzi organizzativi significativi**. In entrambe le esperienze il

⁵⁴ Nel caso del Comune di Genova il piano di assistenza individualizzato viene vagliato da un'apposita commissione che, sulla base delle risorse disponibili, ne conferma o meno l'avvio. In caso negativo infatti il progetto entra in una lista di attesa ordinata secondo criteri di gravità e urgenza. In caso positivo il progetto arriva, attraverso la piattaforma, all'ente erogatore scelto dalla famiglia.

nodo cruciale a cui si è dovuto prestare maggiore attenzione riguarda **la formazione degli operatori** per l'utilizzo della piattaforma. Non si tratta infatti solamente di fornire conoscenze informatiche di base, ma di accompagnarli nell'adottare delle nuove modalità operative. Vediamo quindi di seguito i dispositivi che i due Comuni hanno adottato a tal fine.

Il Comune di Milano ha affidato la gestione della piattaforma all'Ufficio Informatica del Servizio Politiche Sociali che ha lavorato a stretto contatto con l'azienda che si è aggiudicata la gara d'appalto per le personalizzazioni da sviluppare e per la promozione di alcuni moduli formativi. Ad oggi l'utilizzo di SISA copre quasi la totalità dei servizi e degli interventi sociali erogati dal Comune, quindi 88 linee di intervento per un valore di 260 milioni di Euro che vedono coinvolti all'incirca mille dipendenti pubblici. La complessità del contesto nel quale la piattaforma si andava ad introdurre ha richiesto un'attenta **programmazione strategica** che tuttavia, non potendo prevedere tutti gli ostacoli possibili, è stata rimodulata in itinere. *“Vero è che le resistenze incontrate sono molto più grandi di quelle che avevamo previsto perché ci siamo dovuti confrontare con delle persone poco inclini all'uso della tecnologia. La vera resistenza è lo schema mentale che ti spinge a pensare in modo diverso avendo il sistema informativo strutturato rispetto all'attuale modo di lavorare che era basato essenzialmente sulla carta. Con la carta io posso fare quello che voglio perché posso cambiare, modificare, scarabocchiarci sopra”*. Il fattore maggiormente ostacolante e difficile da superare non è stato tanto il possesso o meno di competenze tecniche per l'utilizzo di strumenti informatici, quanto la fatica degli operatori a introdurre nel loro lavoro nuove modalità operative. Una scelta strategica giudicata vincente è stata quella di coinvolgere nel gruppo di lavoro un'assistente sociale in modo che fungesse da **raccordo tra la parte informatica e amministrativa e quella sociale**. *“In virtù del fatto che dovevamo costruire qualcosa dedicato al mondo sociale non volevamo che fosse pensata soltanto dalla parte amministrativa. Un sistema informativo è tale se è costruito da tutti gli operatori coinvolti, non soltanto da una parte di loro”*. Inoltre, per ognuna delle 88 linee di prodotto sono stati costituiti dei gruppi di lavoro per l'analisi e la progettazione del SISA che erano composti dai referenti tecnici per quegli interventi, dai referenti territoriali e dagli informatici addetti al sistema informativo. Per fare in modo che poi gli stessi operatori acquisissero le competenze necessarie sono stati proposti sia un percorso formativo ad hoc ad opera dell'agenzia esterna, sia un percorso di accompagnamento che ha tenuto l'Ufficio Informatico. Quest'ultimo ha previsto numerosi momenti di confronto, all'inizio mensili ed attualmente meno frequenti, durante i quali gli operatori sociali sono stati ingaggiati e consultati per definire e adottare le strategie più funzionali ed efficaci. *“Io [responsabile dell'Ufficio Informatica] solitamente ogni mese incontro tutti, non è facile ma l'accompagnamento costante nel tempo è stato l'elemento vincente per conquistarmi la categoria degli assistenti sociali”*. La scelta è stata anche quella di **renderli parte del processo di definizione dello strumento stesso**. *“L'assistente sociale coinvolto nei processi di analisi, di sviluppo delle funzionalità e nella formazione continua ma soprattutto chiedendo «tu cosa ne pensi?» ha permesso di cambiare completamente la prospettiva ed è stato l'ariete per entrare nel mondo delle assistenti sociali e far utilizzare loro la piattaforma”*. Lo stesso approccio è stato utilizzato nel rapporto con i soggetti del Terzo Settore accreditati, il portale che permette la visualizzazione del PID è infatti frutto di un lavoro di progettazione e definizione congiunta.

L'altra scelta strategica che ha permesso di facilitare l'introduzione del SISA riguarda in maniera più specifica la struttura informatica della piattaforma stessa. *“Ci siamo resi conto che funziona un sistema abbastanza smart. Quindi furbo in qualche modo, che censisca le informazioni fondamentali per poter far dialogare il mondo delle assistenti sociali con quello delle cooperative e allo stesso tempo poter controllare, perché il nostro ruolo è anche di governance”*. L'Ufficio Informatico ha innanzitutto scelto di produrre - assieme all'agenzia che aveva l'appalto - alcuni processi di sviluppo in modo tale che si

riuscissero a tradurre da un punto di vista informatico le esigenze rilevate e che l'intero sistema non diventasse eccessivamente rigido per essere più facilmente usufruibile dal personale.

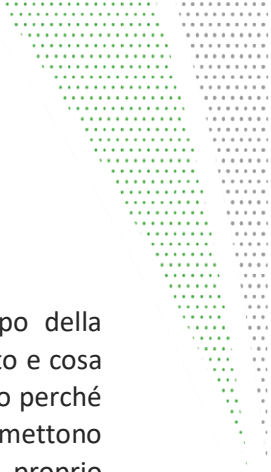
Il Comune di Genova ha affidato le funzioni di formazione all'Ufficio Informatico delle Politiche Sociali senza poter di fatto contare sul supporto di un soggetto esterno. Questo fattore è visto come limitante in quanto il lavoro di accompagnamento è stato alquanto oneroso in termini di tempo e risorse umane impiegate, il sostegno di un istituto di ricerca o un altro soggetto esperto avrebbe forse facilitato l'operazione. Anche in questo caso l'impegno maggiore è stato richiesto agli operatori sociali che hanno vissuto alcuni cambiamenti nel loro *modus operandi* come l'attribuzione di compiti amministrativi che non sono di loro competenza. Oltre ad offrire momenti formativi con gli informatici e la loro disponibilità per dubbi e necessità di intervento, sono stati anche **coinvolti nell'implementazione di alcuni strumenti**. È infatti frutto di un lavoro di gruppo la struttura del progetto individualizzato di intervento che le assistenti sociali compilano dopo la prima fase di valutazione.

Seppur con modalità diverse, in entrambi i casi l'introduzione del sistema informativo non ha richiesto solo la promozione di un percorso formativo, ma di dispositivi di accompagnamento che potessero seguire con costanza e gradualità i processi di cambiamento richiesti agli operatori. La scelta poi di coinvolgere quest'ultimi nella progettazione stessa degli strumenti diventa un dispositivo efficace in quanto chi poi li dovrà utilizzare già li conosce perché li ha sviluppati in prima persona. Inoltre questa strategia abbassa le inevitabili resistenze al cambiamento nell'introduzione di innovazioni che riguardano non solo i prodotti, ma i processi che li generano.

L'elevata flessibilità del SISA ha permesso di adeguarsi ad esigenze organizzative molto differenti proprio grazie alle **personalizzazioni** che sono state fatte dai singoli Comuni. L'affidamento della creazione del sistema ad agenzie che avevano già esperienza nel settore sociale ha facilitato comunque in modo significativo il lavoro di traduzione delle esigenze del Servizio Politiche Sociali nel sistema informativo. *“L'esperienza che abbiamo avuto con questa ditta è che, conoscendo abbastanza bene il sociale, è stato molto facile parlare la stessa lingua. Il che non è poco perché significa intenderci su quello che si vuole, intenderci sulla presa in carico, altrimenti non ci saremmo mai riusciti a fare tutto questo”*. Il tema della comunicazione tra mondo sociale e dell'informatica è infatti centrale nel momento in cui si vogliono tradurre all'interno di una piattaforma processi e operazioni del lavoro sociale. *“Parlare di sociale con ingegneri informatici non è sempre facile”*, richiede quindi tempo e risorse umane preparate. Dall'altra parte **quanto più si investe in un sistema organizzativo complesso, tanto più un supporto informatico si rivela necessario**. Nel sistema genovese, ad esempio, c'è la possibilità di mettere a sistema tutte le risorse che la famiglia ha a disposizione per la costruzione del progetto di sostegno alla domiciliarità dalle risorse personali ad altre misure regionali. Oltre a ciò è presente un sistema di compartecipazione basato su un ISEE continuo che richiede un calcolo proporzionale del contributo comunale. Se poi si aggiunge la possibilità di usufruire dell'assistenza familiare secondo diverse possibili modalità⁵⁵, la definizione esatta del costo a carico delle famiglie e della fattura che deve emettere il soggetto erogatore richiederebbero tempi molto lunghi e personale amministrativo dedicato. Le diverse funzioni del sistema in tal senso alleggeriscono i tempi e rendono sostenibili e possibili alcune scelte organizzative volte alla riduzione della frammentazione e ad una maggiore equità nell'accesso alle prestazioni.

L'ultimo aspetto che si intende mettere in evidenza è la scelta dei due Comuni di **utilizzare una piattaforma che era stata già sviluppata** invece di crearne una sulle proprie esigenze. L'Ufficio

⁵⁵ L'assistente familiare può essere assunta direttamente dal privato, ma all'interno della presa in carico del servizio sociale e con monitoraggio da parte del fornitore, oppure tramite un'agenzia di somministrazione.



Informatico delle Politiche Sociali di Milano ha proprio iniziato il suo percorso di sviluppo della piattaforma mappando la situazione delle altre città italiane per capire cosa fosse già stato fatto e cosa poteva essere utilizzato. Grazie a questa preliminare ricerca è stato scelto il Sistema Informativo perché molto flessibile e adattabile alle specifiche esigenze di ogni territorio, caratteristiche che ne permettono il riuso e la diffusione. Il suggerimento che è stato raccolto da queste esperienze consiste proprio nell'evitare di *“costruirci in casa i nostri sistemi informativi. Questi devono essere il più possibile redistribuiti su tutto il territorio nazionale laddove ci sono delle esperienze di eccellenza”*. Inoltre, la normativa consente questo scambio senza dover spendere risorse ulteriori rispetto a quelle necessarie per adattamenti e personalizzazioni. *“Bisogna partire da quello che è già stato costruito perché è patrimonio di tutti e permette di risparmiare in termini di finanza pubblica non pochi soldi e questo agevola il percorso. Avere un investimento già fatto può generare delle economie non indifferenti”*.


3. LA RIPRODUCIBILITÀ DELLE PRATICHE NELLA PROVINCIA DI TRENTO

I casi studio riportati nel presente rapporto hanno avuto la finalità di offrire elementi di stimolo per l'intercettazione di strumenti e dispositivi che possano essere adottati o riadattati nel contesto trentino a Spazio Argento. Giungere a delle linee guida prescrittive che identifichino un modello unico per strumenti operativi e dispositivi praticati non è tuttavia possibile né nettamente auspicabile per una serie di ragioni. Innanzitutto, le esperienze presentate illustrano chiaramente di godere di punti di forza, ma anche individualmente di alcuni punti di debolezza, limiti o comunque costi (intesi come costi economici, ma anche di adattamento, di governance dell'azione, di tempo). Correlato a ciò, si deve tenere presente che proprio tali costi possono ulteriormente acuirsi a seconda delle caratteristiche dei soggetti coinvolti nel processo e delle condizioni di partenza, presentandosi quindi diversamente pesanti nel territorio in cui vengono riprodotti. La riproducibilità delle pratiche deve essere quindi valutata partendo dall'analisi del contesto e delle sue specificità; e nel territorio trentino è da considerarsi come le varie Comunità di Valle siano caratterizzate da eterogeneità negli elementi strutturali iniziali (nella domanda, nella presenza di enti a supporto dell'offerta, nelle esperienze e pratiche pregresse) che potrebbero spiegare diversi livelli di efficienza, efficacia ed impatto finali di una stessa procedura o di uno stesso dispositivo applicati in territori diversi⁵⁶.

Ogni territorio potrebbe quindi necessitare di proprie modalità operative specifiche per rispondere al meglio al proprio contesto, pur inquadrandosi poi queste in obiettivi ed azioni trasversali a tutti e allineati ad una stessa logica attuativa. Saranno quindi a tal fine molto rilevanti le fasi della sperimentazione iniziale, quando la proposizione di pratiche sufficientemente individualizzate nei diversi territori potrà anche permettere di giungere a valutazioni della rispettiva efficienza ed efficacia in correlazione ai diversi contesti e ai dispositivi, pesando l'impatto netto di ciascuna e comprendendo quali strumenti e dispositivi possano essere di comune applicazione e quali invece vadano declinati ad hoc e resi flessibili alla pianificazione locale del servizio. Se l'intento finale cioè della sperimentazione - così come definito nell'ultima Delibera 119/2020 - è quello di *"evidenziare gli elementi strutturali del modello organizzativo di Spazio Argento con l'individuazione delle condizioni applicative sui diversi territori per la realizzazione complessiva della riforma di Spazio Argento"* le Comunità ed i moduli organizzativi di Spazio Argento in esse proposti dovrebbero poi comunque riflettere sugli specifici dispositivi che meglio risponderanno alle proprie condizioni locali, attingendo individualmente anche dai casi studio e dalle analisi oggetto del presente rapporto.

Da un punto di vista di procedura della successiva strutturazione di Spazio Argento in tutte le Comunità, quindi, sarà opportuno cominciare con l'analisi delle caratteristiche del proprio sistema dei servizi agli anziani al tempo zero. Alla luce delle suddette analisi, sarà possibile comprendere gli aspetti di cui il territorio non è sufficientemente dotato per giungere alla promozione di uno Spazio Argento e di un welfare agli anziani territoriale in linea con gli elementi di cambiamento previsti dalla Riforma e identificabili nell'evoluzione dei bisogni di anziani e famiglie, ma sarà anche possibile intercettare i propri elementi di forza per continuare a valorizzarli. Le comunità dovranno quindi attingere dallo sviluppo e agli esiti delle prime sperimentazioni, così da utilizzare le stesse come fonte di apprendimento e di replica degli elementi strutturali in esse identificati, declinando poi l'azione su specifici strumenti operativi e dispositivi come quelli illustrati nei casi studio analizzati nel presente report.

⁵⁶ Ciò rappresenta un ulteriore limite alla possibilità di realizzare delle riflessioni conclusive sulla replicabilità dei modelli presentati poiché l'efficacia del riadattamento della pratica è strettamente correlata alla ricalibratura di alcuni elementi strutturali alle caratteristiche del contesto in cui dovranno agire.



Non si tratta tuttavia solo di un adattamento di pratiche realizzate a livello nazionale o attraverso le sperimentazioni locali. L'efficacia e l'impatto finali dei moduli organizzativi promossi dipenderanno anche dalla capacità di recepire ed adattare nelle proprie azioni operative dispositivi utili a superare gli eventuali ostacoli alla realizzazione di un servizio integrato e in rete; funzionali quindi a recepire i suggerimenti e le necessità sia degli enti e degli operatori pubblici coinvolti nei servizi e in Spazio Argento, che degli enti di Terzo Settore attivi nell'area dei servizi domiciliari e più ampiamente del welfare anziani.

Un contributo aggiuntivo e conclusivo del presente lavoro di ricerca è quindi proprio quello di raccogliere e portare alla riflessione gli elementi ritenuti di necessaria implementazione nel welfare anziani trentino secondo gli enti di Terzo Settore (in prevalenza le cooperative sociali) sino ad oggi attivi nell'erogazione di servizi. Sebbene si riconosca la rilevanza di raccogliere osservazioni e percezioni anche all'interno delle pubbliche amministrazioni, il contributo di Euricse (in quanto ente di ricerca specializzato in cooperazione e impresa sociale) è stato identificato fin dalla strutturazione del progetto di ricerca nel sintetizzare le percezioni e le osservazioni critiche degli enti di Terzo Settore rispetto al sistema di welfare passato e di raccogliere considerazioni e proposte per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo, fornendo alle politiche pubbliche la prospettiva più diretta dei loro principali interlocutori privati. Il presente paragrafo vuole riportare quindi le 'sensazioni di pancia' degli enti di Terzo Settore, sapendo che esse rappresentano ovviamente una lettura critica del tutto parziale della situazione e permettono di cogliere solo quegli strumenti ritenuti funzionali soprattutto agli enti erogatori dei servizi, ma fortemente basati su una esperienza e su prassi e relazioni pluriennali con le pubbliche amministrazioni territoriali.

3.1. Le reazioni delle cooperative sociali alla Riforma tra condivisione, resistenze e timori

La scelta metodologica compiuta nell'ambito del presente rapporto di ricerca per indagare le percezioni e le aspettative degli enti del privato sociale rispetto alla Riforma e alla realizzazione del modulo organizzativo Spazio Argento è quella di condurre interviste mirate alle cooperative sociali e ai principali enti di Terzo Settore operativi in provincia di Trento nell'ambito dell'offerta di servizi domiciliari agli anziani. Le interviste semistrutturate sono state condotte complessivamente a diciannove responsabili di settore o direttori di enti del Terzo Settore⁵⁷ nel 2019, quindi tutte precedentemente alle Delibera 119 del gennaio 2020 che ha dato avvio alla sperimentazione di Spazio Argento. Per la conduzione delle interviste è stata utilizzata una traccia (si veda appendice 2) volta, oltre che a descrivere in modo sintetico i servizi offerti dagli intervistati, a sondare le percezioni degli enti rispetto alle relazioni intercorrenti con gli enti pubblici e con gli altri enti del privato sociale locali attivi nel settore, le opportunità che essi intravedono nella costituzione del nuovo modulo organizzativo e le perplessità ed i rischi intercettati nella Riforma e nella declinazione pratica che essa potrà seguire. Con l'obiettivo finale quindi di comprendere le necessità pratiche per la realizzazione di un sistema integrato e realmente rappresentativo del necessario mix tra servizi pubblici e privati. Le interviste realizzate, come già premesso, non sono esaustive delle percezioni di tutti gli enti di Terzo Settore territoriali e risultano per questo espressione di posizioni individuali. Ciononostante esse permettono di definire importanti sensazioni, spesso condivise tra gli enti, e quindi da una parte elementi che dovranno essere considerati come oggetto di possibile miglioramento nella strutturazione di Spazio Argento e dall'altra

⁵⁷ Sono state intervistate le cooperative sociali: A.P.I., Arcobaleno, Assistenza, F.A.I., Il Respiro, Il Sole, Kaleidoscopio, Le farfalle in famiglia, Multiservizi, S.A.D., S.P.E.S., Vales; Centro Servizi Volontariato Trentino e la cooperativa PrivatAssistenza. A questi rivolgiamo il nostro ringraziamento.

elementi di attuale forza del sistema e di aspettative delle parti interessate, da considerarsi come obiettivi trasversali cui i cambiamenti di sistema potranno condurre.

Necessaria ulteriore premessa è che le cooperative sociali ed i principali enti di Terzo Settore intervistati, al pari di molti altri soggetti, vedono nella Riforma delle reali opportunità per la crescita del sistema e per la realizzazione di una migliore risposta ai bisogni del territorio, ma intercettano anche le fonti di possibili criticità, tra cui ovviamente -dati i soggetti interpellati- la mancata considerazione delle richieste del Terzo Settore e la mancata previsione di corretti strumenti che permettano di migliorare i processi di collaborazione pubblico-privata, che, a parte alcune eccezioni, sono spesso ancora caratterizzati da rigidità. Dietro alla condivisione generale delle finalità della Riforma, vi è quindi in sintesi il riconoscimento della necessità di creare una filiera di interventi e di servizi in cui la persona possa muoversi in maniera più flessibile e rapida.

Guardando puntualmente a Spazio Argento, è condivisa tra le cooperative sociali intervistate l'opinione che la creazione di un punto di riferimento unico dei servizi per anziani sul territorio sia una soluzione ottimale per le famiglie e la stessa è percepita come una possibile sperimentazione di attivazione di processi nuovi che potrebbero essere replicati anche su differenti servizi e tipologie di utenza⁵⁸.

Quali sono invece le perplessità sulla concretizzazione della Riforma e sull'efficacia di Spazio Argento? Sebbene le seguenti osservazioni si debbano interpretare nel loro riferimento temporale specifico - considerando quindi che le interviste sono state condotte pochi mesi dopo la decisione di "congelare" il provvedimento e di posticipare la sua attuazione, avendo potenzialmente inciso sul livello di sfiducia - e sebbene si debba considerare che non vi è una visione unitaria tra gli intervistati - ma le seguenti affermazioni debbano essere considerate come strettamente individuali e possano divergere anche a seconda delle aree e dei territori di competenza delle cooperative sociali - è ciononostante necessario guardare agli elementi che la cooperazione sociale identifica come minacce all'efficacia potenziale della Riforma e di Spazio Argento.

L'elemento critico di fondo è rintracciato nella struttura decisionale che, sebbene debba essere a regia pubblica, rischia di essere centralizzata e di portare un'ulteriore burocratizzazione del sistema. Dietro alla Riforma le cooperative sociali leggono la scelta di affidare al solo soggetto pubblico la gestione di una struttura organizzativa che si dovrebbe caratterizzare per elevati livelli di accessibilità, flessibilità e capacità di adattare gli interventi ai bisogni sia in sede di valutazione che in itinere. Questa scelta potrebbe portare invece non ad una semplificazione, ma ad un irrigidimento dei processi, soprattutto laddove non si sviluppi una cultura organizzativa, di sistema, nuova. Preoccupazione derivata diffusa è quindi che la riforma non vada veramente a cambiare il sistema o a proporre qualcosa di nuovo, ma dia semplicemente un nuovo nome a una struttura già esistente: la ricomposizione di un'offerta frammentata non è determinata esclusivamente dall'istituzione di un front office, ma dovrebbe essere il prodotto di un lavoro di rete che coinvolge tutti i diversi attori in gioco, pubblici e privati. E invece la percezione della cooperazione sociale è quella di essere stata (sinora) poco o per nulla coinvolta sia nel processo decisionale che ha portato alla definizione della riforma Spazio Argento,

⁵⁸ Concentrarsi solo sugli anziani pare talvolta una strategia in controtendenza rispetto alle direzioni innovative che si stanno muovendo nel welfare: dalle piccole progettualità, come il cohousing intergenerazionale, fino alle grandi riorganizzazioni, come quella che ha messo in atto il Comune di Milano, si cerca infatti di creare sistemi integrati tra diverse tipologie di utenza. Le stesse linee guida provinciali per la pianificazione sociale di Comunità prevedono la necessità di "uscire dagli schemi preconfezionati e ridisegnare le politiche pubbliche in termini innovativi" [Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1° 02 del 14/10/2016 avente per oggetto: Legge provinciale sulle politiche sociali, art. 9. Secondo stralcio del programma sociale provinciale: approvazione delle linee guida per la pianificazione sociale di Comunità; p. 13].

sia nell'impianto organizzativo previsto per la sua attuazione. Il senso di esclusione che ne deriva e la marginalità del ruolo che le è stata riservata, portano a vedere la stessa Riforma come *“un qualcosa che viene calato dall'alto”*.


Ed il rischio di inefficacia del nuovo sistema si acuirebbe nel momento in cui ad un sistema poco partecipato da chi realizza operativamente gli interventi e si relaziona quotidianamente con i bisogni, si affiancasse l'affidamento di Spazio Argento e della presa in carico integrata del soggetto a personale non dotato di sufficiente flessibilità, di visione complessa ed innovativa, ma ostacolato operativamente dalla burocrazia e dalla rigidità istituzionale. L'identificazione delle professionalità che gestiranno il nuovo modulo organizzativo è vista come una questione cruciale per il suo funzionamento così come l'aggiornamento delle competenze professionali. È infatti ritenuto necessario promuovere un approccio di lavoro e di presa in carico che sia dinamico, flessibile e capace di attivare e integrare le risorse del singolo e della comunità territoriale in cui è inserito. Le cooperative concordano sul fatto che l'ente pubblico debba curare e investire sulla formazione e sull'aggiornamento del personale che gestirà Spazio Argento per fare in modo che la riorganizzazione sia effettivamente accompagnata da un'innovazione nella cultura, nell'approccio e nelle prassi del lavoro sociale. Evitando il rischio di non cogliere altrimenti pienamente le occasioni di questa riforma e quindi di non giungere a cambiamenti sostanziali.

L'adozione di un approccio partecipato, flessibile e maggiormente attento alle risorse della comunità rappresenta quindi la sfida di base da raggiungere con Spazio Argento. Le cooperative sociali trentine che lavorano quotidianamente per fornire servizi domiciliari riconoscono di aver bisogno loro stesse di questa innovazione nelle competenze, ma sentono di non godere allo stato attuale di una certa indipendenza e riconosciuto margine di azione che consentirebbe loro di progettare ed innovare anziché limitare l'azione -come spesso attualmente sembra accadere- alla funzione strettamente operativa. La strutturazione di Spazio Argento dovrà quindi avvalersi di opportuni strumenti per uscire dalle rigidità attuali di sistema, da identificarsi alla luce dell'analisi del contesto (domanda ed offerta locali) e dello sviluppo delle relazioni tra le parti.

3.1.1. Bisogni, domanda e offerta: lettura del contesto dalle cooperative sociali

Come premesso, la strutturazione di Spazio Argento si deve concentrare - in primo luogo - sull'analisi del contesto d'azione, leggendo in modo puntuale ai bisogni e all'offerta, così da comprendere gli attuali gap di sistema. Su entrambi gli aspetti le cooperative sociali possono offrire una visione dettagliata (benché ovviamente spesso molto individuale) ed in effetti le interviste condotte fanno emergere alcune interessanti tendenze dei bisogni che, messe in relazione con le caratteristiche dell'offerta, identificano le aree di forza e di debolezza dell'attuale sistema domiciliarietà trentino, generalmente inteso.

La prima tendenza evidente rispetto ai bisogni e alla correlata domanda riguarda il fatto che l'invecchiamento della popolazione ha portato non solo ad un aumento quantitativo del bisogno di cura e assistenza, ma anche ad un cambiamento qualitativo delle sue caratteristiche. Ciò significa rispondere ad una eterogeneità di situazioni, da bisogni leggeri -che devono essere soddisfatti anche in ottica preventiva e di promozione del benessere- a bisogni sempre più complessi -per via della crescita di domanda di supporto a domicilio in alternativa all'accoglienza in residenza protetta-. Questa ultima evoluzione della domanda ha determinato un aumento considerevole degli over 85 che oggi si rivolgono ai servizi a domicilio e necessitano quindi di un'assistenza più specializzata, anche di natura infermieristica.



Questi cambiamenti nella domanda hanno richiesto adattamenti anche sul fronte dei servizi offerti dalle cooperative sociali. In alcuni casi, si è rilevato necessario riconfigurare i servizi diurni, che da finalità prettamente sociali hanno assunto funzioni sanitarie per rispondere ad una nuova tipologia di domanda, ma rischiando poi di trascurare le azioni rivolte alla prevenzione per incrementare quelle direzionate alla piena assistenza. Secondo cambiamento trasversale a tutti i servizi è identificabile nel necessario aggiornamento delle competenze professionali delle risorse umane, che si sono trovate a gestire situazioni di maggiore complessità rispetto al passato. In terzo luogo, non solo per una evoluzione dei bisogni, ma anche per necessità di riduzione dei costi degli interventi, il Servizio di Assistenza Domiciliare ha in generale dovuto negli ultimi anni convertire la propria offerta su servizi che sono per la maggior parte di natura prestazionale e di breve durata. Ciò con conseguenti significativi costi (in termini di stress ed adattamenti) per gli operatori che si trovano a gestire un numero di utenti giornaliero molto più elevato di prima.

In sintesi e quale conseguenza indiretta, l'evoluzione dei bisogni da un lato e della tipologia di servizi offerti dall'altra ha portato ad un aumento delle situazioni in cui l'utente è seguito da servizi e soggetti eterogenei in contemporanea per riuscire a rispondere in modo completo ai propri bisogni. I servizi in convenzionato vanno spesso ad integrare quelli privatistici di cui la famiglia si dota, anche se spesso di qualità inferiore ed affidati a personale meno preparato. Un punto critico, dell'attuale sistema è quindi intercettato dalle cooperative sociali erogatrici dei servizi domiciliati nel gap tra il tendenziale aumento della domanda - come osservato quantitativamente e qualitativamente - e la tendenziale rigidità nel ruolo e nelle prestazioni delle cooperative sociali in convenzionato. Come le stesse osservano, la tendenza generale e il rischio dei Servizi sociali comunali o delle Comunità di Valle è di tenere bassa l'intensità del servizio al fine di poter garantire il massimo della copertura possibile e ciò soprattutto in ragione del mantenimento di un budget di spesa sommariamente limitato. Non si tratta comunque di una situazione omogenea in tutti i territori, poiché all'opposto vi sono Comunità in cui la pianificazione sociale ha portato a concentrare gli interventi su una percentuale minore di utenza; scelta che si rileva più efficace per il singolo anziano, ma che spesso comporta problemi di equità orizzontale, poiché anziani che vivono in territori limitrofi possono ottenere risposte anche molto diverse in termini di intensità e frequenza.

Tra le cooperative sociali emergono così alcuni punti di necessaria riflessione e possibile intervento nella strutturazione del nuovo sistema di welfare agli anziani. In primo luogo, si osserva che l'incapacità dei servizi domiciliari di soddisfare i bisogni individuali e garantire una presa in carico completa è legata di certo in parte anche all'introduzione della compartecipazione ai costi delle famiglie sulla base dell'ICEF, che ha portato ad una riduzione del monte ore prestato individualmente e all'erogazione di prestazioni molto puntuali e specializzate: le famiglie tendono a chiedere solo i servizi che esigono specifiche competenze professionali e in misura minore a quanto sarebbe necessario. Considerando che le tariffe per i servizi convenzionati con il soggetto pubblico variano dai 2 ai 18 Euro/h, esse sono particolarmente vantaggiose per chi ha un reddito basso, mentre quelli che devono pagare il massimo della compartecipazione preferiscono talvolta rivolgersi direttamente ai servizi privati. Il costo dei servizi è quindi un fattore che influenza in maniera rilevante la domanda che si limita allo stretto necessario ed avviene quando la situazione è già molto grave e richiede un intervento assistenziale ad alta professionalità. Il problema dell'accessibilità dei servizi da un punto di vista economico appare quindi oggi come un elemento determinante nella prestazione complessiva delle cooperative sociali.

Strettamente connesso a questa riflessione, le cooperative sociali chiedono di intervenire in una riallocazione del tempo delle prestazioni anche su interventi a più bassa soglia, su bisogni leggeri e su azioni preventive. Come osservato, l'evoluzione della domanda e dell'assegnazione delle risorse

pubbliche disponibili hanno spostato l'offerta di servizi domiciliari verso un'utenza con bisogni assistenziali di maggiore intensità mentre rimangono molto più scoperti tutti quei bisogni "leggeri" (ad esempio, sorveglianza, monitoraggio, socializzazione) che restano quindi delegati alla famiglia e alle reti informali dell'anziano -quando queste sono presenti-. Ma tale situazione è in controtendenza con un aumento della tipologia di bisogni insoddisfatti e con una crescente incapacità delle famiglie di rispondere esse stesse ai bisogni di assistenza dei propri cari.

Le cooperative sociali riescono ad identificare anche puntualmente i bisogni insoddisfatti cui un sistema di servizi integrato e completo dovrebbe dare risposta. In primo luogo, quello legato alla sorveglianza, quindi ad una presenza non specializzata, ma continuativa durante tutto l'arco della giornata. Le cooperative sociali si trovano di frequente ad accogliere questa richiesta soprattutto per anziani con un livello di autonomia fortemente compromesso o che sono affetti da demenza. Esse, tuttavia, non possono darvi risposta perché *"il servizio SAD è troppo specializzato e costoso per questa funzione"*. Nel contratto collettivo delle cooperative sociali non è inoltre ancora prevista la possibilità di assumere assistenti familiari ed offrire i loro servizi a prezzi competitivi. La percezione che si è rilevata è che il ricorso al lavoro in nero sia molto più diffuso di quello che si possa pensare. È quindi forte e sentita la necessità di promuovere servizi a basso costo che abbiano però dei requisiti minimi di qualità al fine di ridurre il ricorso a personale non qualificato e non inquadrato. Se puntare sulla regolarizzazione del lavoro privato di cura ha implicazioni molto complesse, alcune cooperative suggeriscono di aprire anche per loro la possibilità di offrire servizi non specializzati a costi inferiori invece che continuare ad incrementare i livelli di qualità di quelli convenzionati⁵⁹.

In una analisi più completa del servizio come 'processo integrato' di presa in carico completa dell'utente e della sua famiglia, si deve lavorare, inoltre, per rafforzare i vari anelli del processo. Primo, quello dell'accesso. L'accesso alle informazioni è la principale carenza del sistema domiciliarietà che tutte le cooperative hanno recepito grazie al dialogo, alla valutazione di servizio e all'incontro con le famiglie. La molteplicità dei soggetti che lavorano nel settore e la mancanza di un chiaro percorso di accesso al sistema e alle informazioni disorienta molto le persone nel momento in cui hanno a che fare con i problemi legati alla non autosufficienza. Anche su questo livello, quindi, vi è necessità reale di intervenire con la creazione di Spazio Argento.

Ulteriore elemento è il vedere l'utente in relazione al suo contesto familiare. È specifica richiesta quella di considerare la rarefazione delle reti familiari e sociali, di tenere monitorate le conseguenti numerose situazioni di solitudine e isolamento, rispetto alle quali è ancora oggi complesso intercettare e intervenire. Va inoltre tenuto presente che il rischio di isolamento sembra acuirsi nei territori montani in

⁵⁹ Un apprendimento in termini di completezza e intensità delle prestazioni proviene dal sistema dei servizi rispondenti ai bisogni socio sanitari. Il servizio ADI integra i servizi socio-assistenziali delle cooperative sociali con quelli sanitari dell'APSS portando ad una intensità delle prestazioni maggiore, anche in ragione delle finalità del servizio e della gravità dei bisogni dello specifico target, in cui sono compresi anche anziani affetti da demenza. Per lo stesso motivo anche gli standard di qualità sono più elevati e nell'analisi delle cooperative sociali si osserva che nel passaggio da ADI a SAD le famiglie percepiscono un calo della qualità perché questo è caratterizzato da un elevato turn-over e perché il personale ADI è più qualificato. La stessa copertura dei bisogni è maggiore poiché al centro dell'intervento c'è un maggiore riconoscimento della complessità dei bisogni dell'anziano e del suo nucleo familiare. È infatti l'unica unità di offerta che, nel caso di anziani affetti da demenza, fornisce servizi strutturati di supporto anche a favore dei *caregiver*. Con limiti che paiono essere abbastanza ridotti o superabili con opportuni adattamenti: da una parte, anche per l'ADI si rilevano micro-bisogni che rimangono insoddisfatti (citati la preparazione dei blister e la somministrazione dei farmaci) e, dall'altra, all'atto delle dimissioni protette, un passaggio ancora delicato che potrebbe essere migliorato in termini di velocità nell'attivazione, è la preparazione della famiglia e della casa per riaccogliere l'anziano al domicilio. In ogni caso i servizi medici e infermieristici trentini sono riconosciuti all'avanguardia e la loro qualità è riconosciuta a più livelli.

cui la presenza di reti informali più fitte pare *“vera fino ad un certo punto”*⁶⁰: una presa in carico del soggetto dovrà approfondire quanto il contesto familiare sia di reale supporto e strutturare interventi flessibili e specifici, anche su base territoriale.

E proprio rispetto alla dimensione territoriale è segnalata dalle cooperative sociali la necessità di continuare a strutturare le politiche e le risposte in modo mirato sui bisogni e sulle caratteristiche locali, sostenendo quindi le strategie delle Comunità di Valle per garantire interventi risolutivi di problemi anche localmente molto specifici. Tra questi, si osserva che ancora nelle comunità montane vi è una certa resistenza della comunità (anche anziana) a partecipare ad eventi o iniziative di socializzazione, sia per una questione culturale, sia perché il territorio è molto disperso e genera quindi problemi di raggiungibilità. Risulta quindi difficile intercettare le situazioni di maggiore solitudine, così come che le stesse siano individualmente segnalate. Sono quindi i bisogni relazionali i primi a non trovare risposta, insieme a tutte quelle piccole necessità della vita quotidiana, venendo a strutturare una domanda sommersa potenziale per gli interventi di welfare e per Spazio Argento che ha tuttavia un elevato valore preventivo su cui è necessario intervenire.

In sintesi, la lettura che le cooperative sociali intervistate danno all'equilibrio domanda-offerta porta di certo ad affermare che un sistema di welfare agli anziani rinnovato ed efficace dovrà agire innanzitutto nella direzione della flessibilità e completezza dell'offerta. Pare infatti che la Riforma si sia concentrata sinora quasi più sulla domanda, prendendo atto del mutare e dell'estendersi dei bisogni, ma non riflettendo sufficientemente o quantomeno approfonditamente sugli adeguamenti che ne dovranno derivare sotto il profilo delle azioni possibili da parte degli erogatori delle prestazioni. Come osservato, è esito dell'evoluzione della domanda, ma anche del sistema di copertura economica dei servizi, il fatto che gli interventi a sostegno della domiciliarità si siano progressivamente spostati verso un'utenza con bisogni più gravi rispetto al passato e minori autonomie di gestione della quotidianità. Ciò lascia scoperte quelle necessità più leggere che, se tradizionalmente trovavano risposta nelle reti familiari e informali, oggi rischiano di rimanere insoddisfatte in conseguenza dei rapidi cambiamenti sociali in atto. Si fa pressante l'esigenza di trovare servizi a basso costo per rispondere alle necessità che non richiedono specifiche competenze professionali e di integrare quindi all'interno della filiera in primo luogo queste forme di intervento. Ed in generale vi è da riflettere sul ruolo che debba essere assegnato alla cooperazione sociale (agli enti di Terzo Settore più in generale) per completare l'offerta e renderla sempre più appropriata alle necessità degli anziani e delle loro famiglie.

3.1.2. Sull'innovazione

Se come già emerso in precedenza le cooperative sociali intervistate richiedono al sistema una generale flessibilità di azione, essa si declina poi in modo più specifico anche in termini di opportunità concrete di produzione di nuovi servizi, anche al di là di quanto previsto nell'attuale catalogo dei servizi e nell'insieme dei servizi domiciliari a titolarità pubblica. Elevata è quindi l'attenzione alla concretizzazione degli obiettivi e delle azioni -previste anche dalla Delibera 119/2020- di co-progettazione di nuovi servizi, poiché, si afferma, l'offerta di servizi agli anziani è rimasta sostanzialmente ferma ad un modello pianificato per un contesto sociale che è ormai profondamente mutato e non è stata quindi in grado di adattarsi in maniera flessibile al cambiamento sia dei bisogni che della domanda.

⁶⁰ Accade più spesso appunto nelle comunità montane che i figli lavorino nei centri urbani o abitino lontano dai genitori anziani.

Le stesse cooperative sociali, sebbene rilevino la necessità di individuare delle nuove formule di offerta, riconoscono la loro parte di responsabilità nella lentezza dell'ideazione di nuove risposte e ne identificano due principali cause. La prima è riconducibile al fatto che le stesse cooperative sociali, lavorando per anni in un sistema di convenzionamento pubblico rigido e concentrato sull'erogazione di servizi molto standardizzati, hanno avuto la tendenza ad appiattire la propria offerta sulle richieste del soggetto pubblico. Lo strumento dell'appalto è identificato ulteriormente come una ulteriore possibile imbrigliatura all'innovazione, poiché non prevede margini di flessibilità nell'erogazione delle risposte. Va considerato tuttavia che, in alcuni casi, il confronto ed una buona collaborazione tra pubblico e privato è stata volano di possibilità di intervento anche sulla logica dell'appalto e sulla sua flessibilità. La seconda causa all'origine della mancata innovazione negli enti erogatori è poi identificata nella carenza di risorse: per innovare è necessario investire risorse umane ed economiche, dedicate a sperimentare le nuove soluzioni anche assumendosi un certo rischio di fallimento (come tipico per le imprese che innovano). Non pare un caso che siano state le cooperative di maggiori dimensioni ad aver progettato e implementato soluzioni innovative, sia investendo risorse proprie, sia vincendo finanziamenti da bandi (cfr. Bando "Welfare a km0" Fondazione Caritro e Consiglio delle Autonomie Locali).

Un fronte diverso -ma allo stato attuale criticabile, dal punto di vista delle cooperative sociali- dell'innovazione deriva dall'intervento a copertura con servizi *out-of-pocket* che le famiglie acquistano privatamente per far fronte ai bisogni di cura e assistenza continuativa. Essi sono oggi prevalentemente gestiti da soggetti diversi dai *key player* sociali territoriali, quali alcune cooperative che non lavorano in convenzionato con il pubblico e che, in alcuni casi, fanno parte di linee di "franchising della cura". Esse offrono servizi di assistenza di base e di sorveglianza, in alcuni casi anche servizi di intermediazione⁶¹ tra famiglie e assistenti familiari. L'elevata flessibilità che possono offrire, la reperibilità continuativa sulle 24 ore e l'immediatezza dell'attivazione dei servizi, sono caratteristiche che rendono questi servizi particolarmente utili a rispondere a situazioni di emergenza (ad esempio, notti in ospedale). Inoltre, la convenienza delle tariffe orarie rende questi servizi molto interessanti per le famiglie che necessitano di un elevato numero di ore di servizio. La questione delle tariffe è il motivo per cui questa tipologia di offerta entra in forte competizione con quella che hanno attivato le cooperative sociali che lavorano in convenzionato con il pubblico. Esse, infatti, offrono servizi privati finalizzati principalmente ad integrare l'offerta pubblica, ma più costosi (tariffe orarie che sono comprese tra i 24 e i 26 Euro l'intervento di un operatore socio sanitario). I costi elevati rendono questo servizio accessibile solo ad una nicchia di famiglie e non lasciano particolari margini di profitto alle cooperative sociali. Nonostante ciò questi servizi sono molto apprezzati in quanto possono essere immediatamente attivabili senza dover seguire lunghi iter burocratici e forniscono risposte molto personalizzate e facilmente modulabili.

Se queste sono le azioni numericamente prevalenti rilevabili nell'attuale mix di offerta pubblica e privata, alcune innovazioni sono state comunque introdotte anche dalle cooperative sociali tradizionalmente presenti nell'offerta di servizi domiciliari, cercando appunto di sfruttare le dimensioni dello scambio privato con anziani e famiglie. Una nuova area di intervento è quindi divenuta quella delle prestazioni connesse al tempo libero; un'offerta di cui usufruiscono anziani che mantengono ancora un buon livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana e che hanno le possibilità economiche per pagare questo tipo di servizio. Un altro settore di intervento è stato negli ultimi anni quello della residenzialità leggera -attraverso il cohousing-. Un ambito che necessita tuttavia di ulteriore sviluppo, allineandosi alla necessità di ripensare e innovare il progetto sulla domiciliarità. Soprattutto laddove le necessità di assistenza siano continuative -emerge dalle interviste- è necessario fare un'attenta

⁶¹ L'attività di intermediazione può essere svolta dalla cooperativa in partnership con un'agenzia di somministrazione che si occupa dell'assunzione dell'assistente familiare. In alternativa è la famiglia stessa che si occupa dell'assunzione.

valutazione sulla convenienza economica della permanenza a domicilio rispetto a soluzioni di residenzialità leggera⁶².

Alla base di queste riflessioni sta comunque un'analisi completa del bisogno che passi anche da una lettura della trasformazione culturale in corso, tra gli anziani, nelle famiglie e nelle comunità. Rispetto al primo punto, va riflettuto profondamente sulla rilevanza del domicilio come luogo di cura, ma anche sul progressivo superamento che le persone anziane stanno dimostrando rispetto all'attaccamento alla propria abitazione, guardando invece in modo ampio ai diversi spazi della generazione dello 'stare bene' dell'anziano. Rispetto alle famiglie, è necessario uscire dallo sguardo ideologico della famiglia per guardare ai bisogni, alle percezioni, alle reali disponibilità dei figli e dei soggetti dediti alla cura dell'anziano. Rispetto infine alla collettività, vanno studiati i modi per la sua riattivazione, rigenerando il capitale relazionale e sociale che può essere messo a disposizione del sistema locale e dell'innovazione dei servizi all'anziano, soprattutto nella dimensione dei servizi leggeri.

3.1.3. Sull'attivazione e valorizzazione degli enti di Terzo Settore

Come conseguenza alle descritte necessità di ampliamento e diversificazione dell'offerta di servizi, anche in direzione innovativa, il ruolo delle cooperative sociali, e più ampiamente degli attori del privato sociale, può ricoprire un ruolo essenziale. Se la valorizzazione del Terzo Settore è contemplata - come visto nei paragrafi introduttivi - quale strumento operativo su cui si dovrà basare Spazio Argento, si deve comprendere tuttavia dettagliatamente a quale livello e con quale modalità pratiche tale valorizzazione avrà luogo. Inoltre le cooperative sociali percepiscono il rischio di marginalizzazione e richiedono per questo un coinvolgimento già nelle fasi della co-progettazione.

La valorizzazione passa quindi in primo luogo dall'identificazione del ruolo complesso che gli enti di Terzo Settore possono rivestire nel nuovo sistema, come apportatori di informazioni, di conoscenze e di professionalità, ma anche di idee e di sistemi flessibili. Superando quindi la visione delle cooperative sociali come meri fornitori di servizi per comprenderne la professionalità e la capacità gestionale e progettuale. Il ruolo da riconoscere è quindi quello di attori chiave del territorio sin dal processo di identificazione della migliore risposta ai bisogni locali: il contatto quotidiano di tali enti con le necessità concrete delle famiglie è fonte di informazioni uniche, esse apportano una prospettiva sempre aggiornata e dinamica dei bisogni della Comunità così come del singolo caso che può portare riflessioni complementari sin dalla sede della pianificazione dei servizi e del sistema di welfare agli anziani locale. Per questo le cooperative sociali chiedono di essere presenti ai Tavoli quando si discute di Politiche Sociali nell'ambito delle Comunità di Valle in cui anno sede o operatività.

Quale secondo livello del coinvolgimento -proprio come illustrato nei casi studio presentati nel paragrafo precedente- le cooperative sociali richiedono di essere parte attiva anche nel processo di gestione delle azioni e di Spazio Argento, affiancandosi alla regia pubblica. Non è facile declinare comunque le modalità pratiche con cui questo coinvolgimento potrebbe avvenire: c'è chi suggerisce che il front office sia frutto di una collaborazione più estesa a tutti i soggetti attivi nei servizi per anziani, strategia che permetterebbe di superare il rischio di autoreferenzialità e di portare effettivamente una visione integrata dell'offerta; altre cooperative prospettano un coinvolgimento paritario con i soggetti pubblici del territorio nella dirigenza e nei Tavoli del Comitato, ma tale scelta richiederebbe un ripensamento più complessivo delle modalità che regolano il rapporto tra soggetto pubblico e privati considerando che vi sarebbero altrimenti conflittualità di processo nel momento in cui si continuasse a

⁶² Ci si riferisce in questo caso alle soluzioni di residenzialità leggera per vita assistita non indipendente.

promuovere l'assegnazione dei servizi attraverso la modalità degli appalti. Un'altra possibile soluzione potrebbe essere quella di un'esternalizzazione più estesa del servizio assegnato al privato sociale, che comprenda oltre all'erogazione dei servizi domiciliari anche l'intercettazione del bisogno e la sua valutazione. Sistema quest'ultimo che permetterebbe anche di costruire risposte più flessibili, personalizzate, sostenibili e adattabili alle esigenze delle famiglie, grazie all'impianto organizzativo ed operativo che caratterizza le cooperative sociali e alla possibilità di queste di investire anche in nuove competenze e funzioni. Con ricadute indirette sulle possibilità di innovazione dei servizi di cui sopra trattato.

3.1.4. Sulla massima accessibilità, vicinanza, informazione

La necessità di lavorare per incrementare e migliorare l'accessibilità dei servizi per anziani è ampiamente riconosciuta dalle cooperative sociali che lavorano nel campo della domiciliarità. Esse sostengono molto chiaramente il bisogno della comunità di avere un unico punto di riferimento per ricevere ascolto, informazioni e orientamento sulle possibilità di sostegno rivolte agli anziani fragili e non autosufficienti. È visione condivisa anche tra le cooperative sociali il fatto che il vecchio (ancora attuale) sistema di welfare agli anziani soffre della mancanza di chiare indicazioni per l'accesso ai servizi, causa anche una organizzazione frammentata e appesantita dalla presenza di una molteplicità di soggetti che vi operano a diversi livelli e con differenti competenze. Risolvere i problemi di disorientamento delle persone nella scelta dei servizi e nel rispetto delle procedure di accesso agli stessi diviene tanto più essenziale poi considerando che il target di riferimento sono persone con problemi spesso di perdita di autonomia nella gestione anche della semplice quotidianità.

Anche l'uso delle tecnologie risulta non sempre accessibile e laddove lo sia influenzato da modalità e motori di ricerca che distorcono parzialmente l'informazione o le modalità di scelta. Non sanno a chi rivolgersi per reperire informazioni, cercano quindi le risposte su internet o contattando il primo soggetto che ritengono possa dare loro le informazioni necessarie. Spesso l'intermediario è cercato invece in figure quali il medico di base e l'assistente sociale, ma queste sono spesso accusate poi - dall'analisi informale delle sensazioni degli anziani e delle loro famiglie raccolta dalle cooperative sociali - di non fornire sufficienti informazioni sulle possibili risposte attivabili.

Spazio Argento dovrà quindi investire nella creazione di canali di comunicazione chiari, visibili ed unici, così da ridurre anche il consumo di tempo e risorse a carico sia dei familiari alla ricerca di servizi che di enti erroneamente intercettati da utenti con bisogni diversi dai servizi offerti.

Il secondo livello del cambiamento nei processi è identificato dalle cooperative sociali nella definizione di presa in carico. Essa deve partire dalla fase del continuo confronto e ascolto. Un'esigenza espressa dalle famiglie alle cooperative sociali intervistate è proprio l'ascolto, con necessità quindi di uno spazio di accoglienza del vissuto psicologico ed emotivo. Esse spesso arrivano a rivolgersi ai servizi quando la situazione è già molto compromessa sia in relazione ai bisogni dell'anziano, sia alla capacità di gestione del carico emotivo e di stress. Il momento del primo contatto infatti si rivela spesso un'occasione per accogliere l'ansia e le preoccupazioni dei familiari rispetto ad una situazione di grande cambiamento che non sanno come affrontare. Un ulteriore elemento da tenere in considerazione riguarda il fatto che, proprio a causa dell'elevato livello di ansia e stress che i familiari vivono soprattutto nelle situazioni emergenziali o di prorogata attesa, la loro lucidità nel prendere decisioni può essere parzialmente compromessa e la presenza di uno spazio di ascolto e di gestione centralizzata del problema potrebbe garantire quella valutazione professionale dei bisogni e degli interventi da attivarsi

altrimenti difficilmente proponibile da un singolo ente o in assenza di una visione ed analisi complessa del problema e del contesto.


Il case manager è identificato come una figura necessaria e chiave in questi processi di presa in carico e per la garanzia di riuscita, di efficienza e di efficacia, degli stessi. Anche le cooperative sociali confermano che c'è una notevole differenza (e conseguente iniquità) in termini di capacità e competenze per riuscire a districarsi nel reperire informazioni, e quindi nell'accedere ai servizi, tra famiglie meno dotate e con reti sociali più lasche -che fanno fatica a formulare una domanda di aiuto- e famiglie più inserite nel contesto. Rendere un sistema più vicino alle persone richiede non solo un dispositivo organizzativo che sia di riferimento per l'accesso alle informazioni e ai servizi, ma anche l'adozione di un approccio proattivo nei confronti dei bisogni latenti sul territorio. Abilità nodali nell'identificazione del case manager.

Le cooperative sociali sono quindi allineate nel credere che intervenire sull'organizzazione dei servizi per la domiciliarità per incrementare l'accessibilità e la vicinanza sia un obiettivo necessario. Rispetto alla scelta di affidare queste funzioni a Spazio Argento, sono emerse alcune considerazioni che riguardano in modo particolare i tempi e gli strumenti dell'intermediazione delle informazioni. Se si intende lavorare sull'accessibilità bisogna che l'organizzazione pubblica ponga davvero al centro del proprio processo decisionale l'utenza ed i suoi bisogni, richiedendo maggiore flessibilità quindi o riorganizzazione della componente lavoratori, che ad oggi sembra aver influenzato invece maggiormente i processi e le modalità di risposta. Secondo alcune cooperative -che parlano attraverso la voce della propria esperienza- la gestione del personale nell'ente pubblico, se è attenta alle esigenze del lavoratore, talvolta trascura quelle del cittadino, si pensi ad esempio agli orari di servizio che tendono ad essere poco flessibili. Porre la persona al centro, come previsto anche esplicitamente nel Piano della salute in cui la Riforma e Spazio Argento si collocano, significherà quindi -e questo è nelle aspettative anche degli enti di Terzo Settore - prevedere orari e tempi di ricevimento che facilitino effettivamente l'accesso e che rendano il front office vicino alle necessità della cittadinanza; deve prevedere sportelli decentrati o spostamenti del personale sul territorio, andando incontro alla gente; deve fornire reperibilità sull'arco della giornata adottando anche strumenti tecnologici diversi da quelli che sono attualmente disponibili. Con necessità di investimenti economici e formativi, anche su competenze tecniche per sapere utilizzare e gestire i nuovi strumenti.

3.1.5. Sulla continuità della presa in carico

La creazione di un sistema in grado di intercettare con celerità i bisogni e darvi risposta con continuità durante tutto il percorso assistenziale richiede innanzitutto un coordinamento efficace tra gli attori preposti alla presa in carico. L'esperienza pregressa narrata in sede di intervista dalle cooperative sociali delinea situazioni eterogenee in base ai settori di analisi e quindi agli interlocutori con cui gli enti di Terzo Settore si vengono a confrontare, mettendo in luce dispositivi diversi e connessi diversi risultati. Analizzare gli elementi che caratterizzano queste relazioni nell'attuale sistema può risultare quindi utile all'implementazione di Spazio Argento proprio nell'idea di migliorare la capacità di accompagnare con continuità -in un processo integrato- gli anziani che vivono al proprio domicilio.

Proprio rispetto all'elemento generale del coordinamento tra i diversi attori finalizzato alla possibilità di rispondere in modo sinergico ai bisogni, le cooperative sociali si dichiarano complessivamente soddisfatte ma con opportuni distinguo. Così, nel caso del servizio SAD le relazioni tra cooperative sociali, Servizi sociali comunali e Comunità di Valle -che sono i soggetti della presa in carico- sono giudicate diversamente a causa soprattutto della diversa flessibilità con cui l'interlocutore pubblico




locale riesce a trattare il rapporto. A tale riguardo, i dispositivi cruciali sono rappresentati dalle modalità di comunicazione e dalla volontà di instaurare rapporti di fiducia e di collaborazione. Al contrario, si possono riscontrare divergenze e difficoltà laddove le cooperative sociali percepiscono di essere trattate come “subalterni” nel rapporto con l’ente pubblico, causa la mancanza di occasioni di confronto e riflessione condivisa. Situazione che si verifica più facilmente dove l’erogazione del servizio spetta ad assistenti domiciliari sia pubblici che privati: in questo caso le cooperative si trovano a confronto con un’organizzazione del lavoro completamente diversa e rispetto alla quale la loro flessibilità viene spesso “sfruttata” per colmare i vuoti lasciati dall’intervento pubblico e le necessità puramente operative.

Guardando poi agli elementi ed ai dispositivi della fase centrale della presa in carico, e quindi della relazione con l’utente, le cooperative sociali sottolineano alcuni nodi critici che, nell’attuazione di Spazio Argento, potrebbero diventare occasioni di miglioramento e innovazione dei processi. Ad oggi -si sottolinea- tutto ciò che accade dall’intercettazione del bisogno alla valutazione della domanda fino alla predisposizione del PAI, è di competenza del Servizio sociale; le cooperative sociali non sono quindi responsabili in alcun modo del processo e dei tempi di attivazione necessari dal momento in cui la famiglia esprime la domanda di aiuto e, nei territorio più ampi, riportano l’insoddisfazione delle famiglie che si rivolgono ai loro servizi proprio per i lunghi tempi di attesa. Post ingresso, il processo prevede che in alcuni casi la cooperativa si faccia carico di un’ulteriore visita domiciliare per aggiornare lo stato dei bisogni, che dati i tempi di attesa può essere nel frattempo cambiato; con un costo del processo quindi che potrebbe essere eliminato o ridotto in un sistema flessibile e tempestivo, nonché in un sistema che alleggerisca le pratiche, i fascicoli assistenziali e renda la comunicazione più rapida e aggiornata. Le cooperative ricevono inoltre i progetti dalle assistenti sociali con le indicazioni sui servizi da attivare e con informazioni sulle condizioni di salute dell’anziano che, però, riguardano solamente gli aspetti sociali e non quelli sanitari. Ci sono quindi cooperative che si propongono -e necessitano- di completare l’analisi dei bisogni per facilitare una presa in carico integrata. Nel caso del servizio SAD si trovano ad arricchire l’analisi dal punto di vista assistenziale con i propri OSS, dal punto di vista sanitario con personale infermieristico.

Una delle proposte di innovazione di processo da parte delle stesse cooperative riguarda quindi la possibilità di istituzionalizzare una valutazione del bisogno congiunta in cui le competenze di analisi dell’assistente sociale si vanno ad integrare con quelle del personale socio sanitario. È fondamentale per esse agevolare le procedure e i metodi di comunicazione, condividere le informazioni e le professionalità per un’analisi a tutto tondo del caso e per una immediata condivisione delle informazioni. Nei casi - presenti in piccola percentuale nell’attuale sistema- in cui le cooperative non devono solamente occuparsi della parte operativa della presa in carico, ma vi è una condivisione iniziale dei processi valutativi dei bisogni dell’utente, la ricaduta è un funzionale aggiornamento e completamento dell’analisi dei bisogni, con possibilità di offrire servizi personalizzati e maggiormente appropriati alla specifica situazione.

Un’altra possibilità da valutare rispetto alla co-valutazione del caso da parte di personale pubblico e privato consiste nel riconoscere maggiore responsabilità alle cooperative sociali nella definizione dell’intervento. Dalle interviste si è ipotizzata la possibilità di conferire un ruolo maggiormente attivo alle cooperative sociali e di dare loro una gestione più autonoma del caso al fine di incrementare la qualità del servizio. Da un punto di vista pratico, l’autonomia potrebbe essere supportata dal riconoscimento di un budget individuale che la cooperativa può utilizzare modulando gli interventi in base alla valutazione dei bisogni ex ante e in itinere. L’esigenza di avere maggiore autonomia di gestione del caso nasce anche dal fatto che i bisogni degli anziani possono cambiare in modo progressivo così come velocemente e in modo brusco. I tempi e le modalità per la rimodulazione degli interventi non



sono sempre congruenti con le necessità rilevate proprio perché il soggetto titolare del caso non corrisponde con quello a diretto contatto con la famiglia. Alcune cooperative sociali ritengono invece di dover valorizzare la loro prospettiva privilegiata nella lettura del bisogno e del suo mutare nel tempo. Il loro ruolo di monitoraggio risulta quindi cruciale e le pratiche organizzative messe in campo dalle cooperative sociali per seguire il cambiamento dei bisogni si sono dimostrate efficaci: i cambiamenti rilevati dagli operatori a contatto con gli anziani vengono condivisi all'interno dei gruppi di lavoro o riportati al referente tecnico-organizzativo della cooperativa che assume talvolta la funzione di case manager. Questo è di fatto il tramite tra la famiglia e il Servizio sociale che ha il compito di decidere eventuali modifiche al piano di intervento. La velocità di rimodulazione degli interventi dipende poi tuttavia ancora dal rapporto con l'ente pubblico: le richieste del case manager cooperativo vengono trasmesse all'assistente sociale di riferimento e i tempi di risposta dipendono tanto dalla burocrazia necessaria quanto ancora dalle modalità di lavoro e dalle relazioni che si sono instaurate tra le assistenti sociali pubbliche e private e dall'interpretazione dei rispettivi ruoli. In alcuni territori viene riconosciuto un certo grado di autonomia nella rimodulazione degli interventi qualora essi richiedano solo modifiche di piccola entità. Quando invece le condizioni variano considerevolmente è previsto l'intervento dell'assistente sociale che può anche decidere di fare un'ulteriore visita a domicilio o concordare direttamente con la cooperativa la modifica del piano. Qualora i contatti tra cooperativa e Servizi sociali siano fluidi e frequenti, la presa in carico congiunta risulta più agevole e le relative risposte maggiormente appropriate. In altri territori le modalità di gestione della presa in carico seguono invece procedure più rigide e standardizzate per cui i cambiamenti tendono ad essere più lenti e talvolta rischiano di essere disincentivati dalle pratiche necessarie per la rimodulazione degli interventi.

La riflessione delle cooperative sociali sui processi della presa in carico continuativa volge poi su un dato organizzativo quale il personale dedicato a seguire l'utente e la sua famiglia. Un problema trasversale al Servizio SAD e che compromette in parte la qualità della presa in carico e della sua continuità è rilevato nell'elevato *turn-over* del personale, che gli utenti dei SAD spesso lamentano, soprattutto quando il servizio non è completamente esternalizzato ma viene fornito in condivisione tra ente pubblico e soggetti privati. L'organizzazione in tal caso richiede il coordinamento di due équipes di lavoro, quindi il numero di personale che può accedere ad un unico domicilio aumenta in modo considerevole. Per una riflessione speculare su pratiche diverse attivate per rispondere ai bisogni dell'anziano, si vogliono portare -come anticipato- alcune riflessioni delle cooperative sociali sui servizi di assistenza domiciliare integrata, per anziani affetti da demenza e per le cure palliative (ADI, ADPD, ADCP), per i quali le relazioni sono tra enti di Terzo Settore ed Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. Se le procedure di gestione del caso con l'Azienda sanitaria sono tendenzialmente simili a quelle applicate per i SAD, molto differenti sono invece le modalità comunicative, che le cooperative sociali riferiscono essere più snelle e fluide, e i tempi di attivazione del servizio. Questi sono anche molto brevi proprio in ragione della natura del Servizio ADI che risponde ad un target con specifici bisogni socio sanitari (ad esempio, anziani in cure palliative, affetti da demenza) oppure in fasi particolarmente critiche come per le dimissioni protette. Anche gli standard richiesti sono molto più elevati rispetto al SAD, e ciò richiede, ad esempio, che i dipendenti siano costantemente aggiornati con pacchetti formativi ad hoc. Per quanto riguarda l'integrazione degli interventi sociali e sanitari, si conferma l'annosa fatica di dialogo e collaborazione tra comparto sociale e sanitario. L'aspetto di rilievo e interesse che è emerso consiste invece nel fatto che sono spesso le cooperative sociali convenzionate a fare da punto di raccordo tra i due soggetti. Esse infatti gestendo sia il servizio comunale che quello dell'APSS hanno, non solo una visione completa e complessa del singolo caso, ma anche personale competente sia per la parte sociale che sanitaria.

3.1.6. Sull'integrazione tra servizi pubblici e privati


Mettere a disposizione delle famiglie un'offerta integrata di servizi pubblici e privati è uno degli obiettivi strategici della Riforma, si è quindi voluto comprendere se, e in che misura, questa fosse già presente, quali fossero i punti di forza dell'attuale sistema e gli aspetti di possibile miglioramento, sempre nell'ottica delle cooperative sociali intervistate. Se della valorizzazione del Terzo Settore si è già presentato, l'attenzione qui viene posta alle modalità concrete dell'integrazione tra servizi pubblici e privati, ma anche alle possibili aperture all'integrazione nei servizi di processi di coinvolgimento di altre imprese e cittadini, così da consentire un mix ancora più esteso.

Cosa significa quindi garantire un adeguato mix di servizi pubblici e privati è esplicitato da tutte le cooperative intervistate nel termine 'collaborazione', sottolineando che la logica collaborativa deve superare quella competitiva. In sintesi, la situazione oggi è caratterizzata da un buon livello di collaborazione tra enti privati ed enti pubblici, ed anche -almeno parzialmente- tra enti privati, anche se in tal caso spesso non si tratta di una vera collaborazione bensì di riconoscimento delle proprie individualità e specificità di azione che non mettano in competizione gli enti e considerando la presenza comunque di una certa competitività con alcuni enti, con qualche vantaggio ma ovviamente anche evidenti limiti.

Rispetto alla collaborazione con gli enti pubblici, le cooperative sociali affermano che il sistema delle convenzioni con l'ente pubblico ha in generale promosso la collaborazione verticale e ridotto la competitività orizzontale: ad ogni ente sono riconosciute le proprie specificità e le zone di competenza territoriali e non c'è alcuna intenzione di "invadere" ciò che spetta agli altri; ogni cooperativa ha il suo territorio e i suoi servizi e "non ci si pesta i piedi", ma esiste un accordo implicito tale per cui le domande giunte alle cooperative in territori di competenza di altre sono poi ri-direzionate internamente alle cooperative di competenza. Inoltre vi è una minima collaborazione implicita anche nella fase di pianificazione e di apertura di nuovi servizi o nuove cooperative, poiché si tende a fare un'analisi delle cooperative che già sono attive sui territori e ad agire di conseguenza su territori o settori scoperti, tale che ognuna tendenzialmente rimane nel proprio ambito di specificità secondo accordi più o meno informali. Data questa situazione, le cooperative sociali hanno espresso una viva preoccupazione per quanto riguarda il rinnovo delle modalità di convenzione dei servizi in provincia di Trento: si teme che se si arriverà ad una gara europea che non dà la priorità alle specificità del territorio e della tipologia di servizio, con conseguenti forte penalizzazione delle piccole cooperative trentine. Il vero sostegno alla cooperazione passa, piuttosto, da forme di collaborazione istituzionalizzate come la creazione di ATI (Associazioni Temporanee di Impresa) o contratti di rete che permettano anche alle cooperative di piccole dimensioni di partecipare ai bandi⁶³.

Esiste tuttavia una nicchia di soggetti che vengono ritenuti dalle cooperative sociali intervistate 'esterni' a queste logiche collaborative: quelle che offrono solo servizi *out-of-pocket*, con le quali le cooperative sociali in convenzione con il pubblico hanno una tendenza generale a lavorare in netta separazione. Le opinioni che le intervistate hanno nei confronti di queste sono segnate da un senso di diffidenza rispetto alla qualità delle loro prestazioni, proprio in ragione delle basse tariffe orarie offerte. Sembra osservarsi in merito che, sebbene non vi sia sempre una diretta competizione tra queste due categorie di enti, agendo in settori e con servizi diversi, che quindi vanno teoricamente ad arricchire il

⁶³ Un aspetto che si realizza sia nel rapporto con il pubblico che nell'offerta di servizi *out-of-pocket*. Ne è un esempio "Trentino cura", rete con personalità giuridica che riunisce con un contratto di rete diverse cooperative sociali che offrono, sotto lo stesso marchio, un'ampia gamma di servizi a domicilio ad integrazione dell'offerta pubblica.



mix di servizi, il sistema dovrebbe comunque prestare attenzione al controllo della qualità delle prestazioni erogate e al rispetto di standard minimi di professionalità degli operatori. Ciò diventa poi particolarmente rilevante dove le due tipologie di cooperative agiscono in contemporanea, poiché le tariffe praticate dai competitor sono realmente vantaggiose per i cittadini grazie a costi del personale completamente diversi. Del sistema, comunque, non si riesce a dare una lettura univoca, poiché a livello generale si può affermare che il continuo aumento della domanda di servizi agli anziani è in grado di garantire a tutte le cooperative possibilità di azione e di continuità dei propri servizi e che nel panorama delle cooperative che sono fuori dal sistema di convenzionamento pubblico rientrano anche realtà che si pongono l'obiettivo di integrare l'offerta pubblica con servizi e attività innovative e che avrebbero piena disponibilità a tessere legami più collaborativi. Dall'altra, tuttavia, la competizione sul prezzo in questo settore può generare distorsioni alla qualità o portare a mercati paralleli che non sono ancora pienamente concepiti ed accolti dalle cooperative sociali più radicate. Ed in questa situazione, le nuove cooperative sociali che agiscono con servizi *out-of-pocket* sul solo mercato privato ritengono di essere intervenute in uno specifico settore scoperto, godendo di un netto vantaggio competitivo -il prezzo appunto- tale per cui non si sentono oggi né minacciate né semplicemente influenzate dalle cooperative sociali tradizionali, ma piuttosto sentono di aver rotto gli equilibri di mercato precedenti, nonostante una chiara continua differenza di azioni e di livelli di intervento.

Nell'analisi del complesso degli attori che agiscono nell'offerta di servizi agli anziani e che completano quindi il mix pubblico-provato, non vanno tuttavia esclusi tutti quei soggetti territoriali (formali ed informali, dediti anche ad attività produttive molto diverse) che svolgono funzioni e servizi a copertura di bisogni specifici e micro-servizi altrimenti non coperti dai servizi primari considerati (il descritto gap sui servizi leggeri; ad esempio, consegna della spesa o dei farmaci a domicilio). Dalle interviste realizzate alle cooperative sociali, emerge che il livello di conoscenza e quindi di integrazione con questi enti e servizi sia tendenzialmente molto basso e che tali enti agiscano in modo autonomo al di fuori della pianificazione locale di servizio, affidandosi a meccanismi informali, autonomi e "dal basso" di generazione dell'offerta. Non sempre si conoscono nemmeno le realtà di volontariato che operano sul territorio, le collaborazioni con queste sono sporadiche e a macchia di leopardo. E proprio il volontariato non è intercettato dalle cooperative sociali come una risposta praticabile talvolta nel caso della domiciliarità in quanto l'ingresso in casa da parte di un soggetto terzo viene visto come molto delicato da gestire. Esso rimane quindi in tali casi risorsa quasi esclusivamente attiva e coordinata nei servizi diurni (centri diurni e centri servizi) in cui è molto più attiva e ricca la presenza di volontari, associazioni, gruppi informali della comunità.

Casi di eccezionalità della collaborazione tra cooperative sociali ed altri enti di Terzo Settore anche nell'offerta di servizi domiciliari portano però a comprendere la rilevanza e il risultato potenziale di simili lavori in rete. Nei casi analizzati si contano infatti alcune cooperative sociali che sono invece particolarmente attente al tema dell'attivazione delle reti informali tramite il volontariato o attivando i singoli cittadini. La collaborazione con associazioni di volontariato è di estrema centralità nel progetto ProntoPia, nel Comune di Trento, ed esso è dimostrazione della possibile integrazione del mix di attori e di servizi soprattutto per garantire una estensione dei servizi offerti e la copertura di quei bisogni più leggeri, che non richiedono competenze professionali elevate, e che come già osservato risultano anche essere tendenzialmente oggi insoddisfatti dall'offerta delle cooperative sociali.

Le collaborazioni e le filiere di servizio sia tra cooperative sociali che tra queste e gli altri enti di Terzo Settore sono comunque, tuttavia, ancora poco sviluppate e il livello percepito di integrazione e di complementarità dell'offerta dei servizi è tendenzialmente basso in tutti i territori. All'origine di questa situazione sono intercettate diverse cause. In primo luogo il metodo con cui gli enti privati si relazionano

con il pubblico ed hanno assegnato i servizi dalle pubbliche amministrazioni, con una divisione del lavoro “a compartimenti stagni” e processi che non hanno favorito l’aggregazione tra soggetti e l’assegnazione di servizi complessi. In secondo luogo, si percepiscono ancora rigidità riconducibili sia ai ruoli e alle professionalità -dalle quali è possibile dedurre la già citata necessità di aggiornamento- sia all’impostazione di alcune normative (come, per esempio, per la gestione della terapia giornaliera) e alla mancanza di un case manager che cerchi di intermediare le prestazioni e le posizioni dei diversi servizi eroganti. Nell’obiettivo di Spazio Argento di integrare i servizi e quindi di non essere soltanto sommatoria del mix di attori e servizi presenti oggi, si dovrà quindi cominciare da processi che agevolino l’organizzazione di prestazioni multiple in cui realmente i soggetti erogatori si coordinino tra loro, comunichino e condividano un processo complesso. Tale sviluppo è stato solo sperimentato in un territorio trentino, dove l’integrazione tra diversi servizi è stata promossa su iniziativa spontanea della cooperativa sociale con le APSP per la formulazione di pacchetti completi di prestazioni per una domanda pagante privata; la sperimentazione non ha tuttavia, ad oggi, ancora avuto particolare implementazione, rimanendo su servizi base.

Ecco in sintesi che Spazio Argento dovrà avere declinazioni del tutto individualizzate nelle varie Comunità di valle partendo proprio da un’analisi puntuale delle tipologie di reti in essere, formali ed informali, e degli strumenti e dispositivi specifici che le hanno fatte sino ad oggi funzionare. Nell’obiettivo di mettere a sistema interventi di varia natura che gravitano sul mondo della domiciliarità, si dovrà innanzitutto tenere in considerazione che attualmente la rete è molto eterogenea, in alcune zone più fitta, in altre lasca oppure assente. La ricomposizione dell’offerta non potrà realizzarsi nella semplice creazione di un nuovo front office dedicato al mondo degli anziani, ma lavorando sulla creazione di meccanismi collaborativi che aiutino a mettere in rete le risorse dei singoli territori per integrare e completare al meglio l’offerta.

3.1.7. Ulteriori osservazioni sugli strumenti

Dalle interviste alle cooperative sociali sono emerse ulteriori osservazioni sulle scelte e gli strumenti di cui la gestione di Spazio Argento si dovrebbe avvalere.

Per quanto riguarda le professionalità impiegate per la gestione del front office, si rileva la necessità di fare un vero investimento in termini di formazione per incrementare il livello di efficacia nel fornire ascolto, informazioni e orientamento. La conoscenza del territorio e delle opportunità che offre sia la parte pubblica che privata dovrebbe essere requisito basilare nello svolgimento delle funzioni del front office. Questo risolverebbe un timore diffuso, ovvero quello di offrire delle risposte che sono già preconfezionate e che quindi non si riesca davvero a combinare e mettere a frutto le diverse risorse del territorio per trovare soluzioni personalizzate, efficienti ed efficaci.

In merito alla funzione di informazione e orientamento di Spazio Argento, bisognerebbe chiarire se e in che modo le realtà che lavorano solo per l’erogazione di servizi privatistici entrino a far parte del patrimonio informativo che si fornisce alle famiglie. Attualmente esse sono presenti nell’elenco di alcuni Servizi sociali, ma - secondo quanto emerso dalle interviste- ciò è stato il frutto di un lungo lavoro di convincimento e di insistenza da parte delle cooperative che si occupano di questi servizi.

Inoltre, si osserva che qualora Spazio Argento si riuscisse a dotare di un sistema informativo integrato, questo dovrebbe essere bidirezionale: oltre a fornire orientamento e informazioni ai cittadini, esso dovrebbe divenire un’utile piattaforma per la gestione della presa in carico condivisa anche con i soggetti erogatori. Gli spazi di ottimizzazione ed efficientamento che produrrebbe l’introduzione di una

strumentazione informatica potrebbero quindi essere molto considerevoli -così come emerso dai casi studio analizzati-.

Questione connessa e molto delicata riguarda le modalità di orientamento e di invio che andranno attentamente valutate nel caso in cui il front office diventi effettivamente la finestra su tutti i servizi - pubblici e privati- a favore della permanenza a domicilio di anziani: esso si dovrà dotare di una conoscenza completa degli attori del territorio, delle funzioni svolte da ciascuno e della qualità al fine di ricomporre in modo completo l'offerta locale; dovrà e potrà orientare i cittadini quindi nella scelta di servizio, pur nella necessità di non influenzare le logiche della libera scelta e della concorrenza tra enti e servizi; dovrà accelerare i processi di selezione e assegnazione. Ne deriva quindi che non sarà sufficiente né efficace fornire un semplice elenco delle realtà attive sul territorio ma si dovrà strutturare un processo. Soprattutto in ragione della compresenza di un'offerta privata molto eterogenea, emerge la necessità di disporre di strumenti che possano aiutare le famiglie a scegliere liberamente ma con consapevolezza i servizi da attivare e le realtà a cui rivolgersi evitando che sia il prezzo delle prestazioni l'unico criterio di scelta da parte dei cittadini.

Si tratta quindi di osservazioni che vanno a rafforzare la valenza degli strumenti operativi analizzati e che puntano ulteriormente l'attenzione sui dispositivi adottabili, intercettando anche alcuni esempi già maturati in altri territori e presentati all'interno dei casi studio nel presente rapporto. È quindi in conclusione possibile suggerire agli attori pubblici e ai territori oggetto di sperimentazione e implementazione di Spazio Argento di leggere le analisi critiche e gli stimoli portati dalla cooperazione sociale e riassunti nel presente paragrafo come filtri all'interno dei territori per selezionare le modalità operative e gli elementi di sviluppo cui dare priorità, garantendo da subito il superamento dei nodi critici del vecchio sistema di welfare agli anziani.

CONCLUSIONI

Il presente report si chiude in concomitanza con la delibera n. 119 del 30 gennaio 2020 in cui la Giunta provinciale prevede l'avvio di una fase di sperimentazione del modulo organizzativo Spazio Argento all'interno di tre territori e per la durata di 12 mesi. Con volontà di declinazione del modello in territori caratterizzati da elementi di contesto diversi, le sperimentazioni interesseranno il territorio della Valle dell'Adige, la Comunità delle Giudicarie e la Comunità del Primiero. Come si legge nella delibera, il primo è, a livello provinciale, "il territorio con il numero maggiore di anziani. Il Servizio sociale prevede una articolazione territoriale e potrebbe offrire già al suo interno elementi di differenziazione tra realtà tipicamente urbane, realtà ad alta concentrazione abitativa e aree circoscrizionali e periferiche. Sono presenti tre APSP.". Il secondo: "È il territorio più esteso e con identità territoriali molto diverse tra loro (Bleggio, Chiese, Giudicarie e Rendena). Sono presenti sei APSP.". Il terzo: "È un territorio periferico con la presenza di due APSP con l'indice di vecchiaia fra i più alti della Provincia."

Le premesse della delibera e le modalità di sperimentazione si allineano a quanto sottolineato in più passaggi del presente rapporto: comprendendo la rilevanza che il contesto e le specificità del territorio rivestono nella definizione del modello "migliore", ossia in grado di rispondere meglio ai bisogni reali e complessi degli anziani, non è possibile imporre né suggerire l'adozione rigida di alcuni dispositivi che definiscano lo Spazio Argento tipo da adottare. Piuttosto, è necessario che ogni territorio identifichi le proprie caratteristiche e adatti quegli strumenti operativi e dispositivi che paiono rispondere meglio alle proprie specificità e, quindi, che dovrebbero agire in modo più completo sul raggiungimento degli obiettivi. Per le stesse ragioni, è inoltre opportuna la "sperimentazione": sperimentare significa agire con processi di monitoraggio in itinere e con eventuali opportuni riadattamenti sul proprio progetto di intervento, correggendo azioni e modificando dispositivi se necessario. Significa anche avere ben presente che il tempo dell'adozione di un sistema completo di presa in carico dell'anziano e di promozione di un modulo organizzativo come Spazio Argento è mediamente lungo, e quindi che alcuni processi, strumenti e dispositivi potranno essere implementati solo nel tempo e dopo le prime fasi di adattamento; così come esiti e impatti potranno essere giudicati non tanto nell'arco di un esercizio, ma almeno nell'arco di una pianificazione pluriennale.

Altra riflessione sul processo di sperimentazione che emerge dalla lettura della delibera riguarda gli elementi specifici che la sperimentazione comunque dovrà adottare. Alle Comunità è fatta richiesta di intraprendere azioni atte a: (1) promuovere Spazio Argento e attivare le risorse del territorio; (2) raccogliere e analizzare i bisogni del territorio; (3) promuovere attività di invecchiamento attivo; (4) ridurre la solitudine e l'isolamento di chi fa assistenza e fornire supporto e supervisione alla loro formazione; (5) proporre risposte innovative ai bisogni dell'anziano; (6) promuovere l'adozione di strumenti di coordinamento organizzativo e la collaborazione tra soggetti del territorio di riferimento; (7) garantire il raccordo con altri ambiti socio-assistenziali. Sono qui dunque elencati gli obiettivi da raggiungersi, mentre è data delega alle Comunità dei processi da attivarsi per raggiungerli, sebbene poi la delibera faccia riferimento nel suo allegato alle azioni pratiche tra cui le Comunità dovranno scegliere (dalle modalità di comunicazione alla mappatura di risorse e bisogni, dall'attivazione di reti con i soggetti del territorio alle forme di co-progettazione, dalle attività di prevenzione all'adozione di servizi innovativi). I riferimenti agli strumenti operativi così come enucleati dal Tavolo di lavoro, riscontrati nelle pratiche e nei casi studio analizzati nel presente rapporto e sollecitati parzialmente dalle cooperative sociali intervistate, rimangono quindi di sottofondo all'impostazione del modello Spazio Argento e potranno essere considerati dalle Comunità come linee guida funzionali alla traduzione delle

azioni in strumenti e dispositivi di cui le stesse devono essere dotate. Rappresentano quindi una “cassetta degli attrezzi” da cui attingere nelle fasi operative.

A ulteriore indicazione di sintesi per i territori e per le sperimentazioni (ma anche in visione successiva per l'avvio dei modelli organizzativi Spazi Argento in ciascuna Comunità) è possibile comunque fornire alcuni consigli su come la progettazione del proprio Spazio Argento potrà avvenire.

Quale primo elemento guida, è da tenere presente che la Riforma è stata concepita in ottica di miglioramento del sistema di fornitura dei servizi agli anziani. Cosa significa migliorare e cosa bisogna migliorare? Le declinazioni sono principalmente tre:

- promuovere cambiamenti ed innovazioni;
- migliorare la gestione in termini di efficienza ed efficacia;
- intervenire quindi sugli elementi più critici del sistema passato.

Rispetto a **cambiamenti ed innovazioni**, gli stessi possono in generale essere realizzati sia a livello di processi che di servizi.

Gli obiettivi di Spazio Argento sembrano incentivare soprattutto cambiamenti nei processi di gestione delle informazioni, di presa in carico degli anziani, di integrazione tra settori e servizi, nonché di rapporto tra soggetti offerenti i servizi. Si tratta quindi di “riorganizzare” l'esistente coordinandolo ed ottimizzandolo, investendo appunto sui processi e realizzando un nuovo modulo organizzativo. A questo livello, riflessione necessaria nelle Comunità sarà quella di comprendere su quali elementi di processo investire, come cambiare i propri processi attraverso l'adozione di quale strumento operativo e poi, più dettagliatamente, ricorrendo a quali dispositivi organizzativi. È vero tuttavia che l'innovazione e il cambiamento - almeno secondariamente - potranno passare anche dall'innovazione parziale dei servizi, prevedendo in tal caso l'attivazione di servizi di invecchiamento attivo, di supporto ai *caregiver* e di filiera di servizio. A questo livello, le Comunità dovranno valutare i servizi di nuova realizzazione da promuoversi dopo aver fatto una chiara mappatura dell'esistente ed aver identificato i bisogni non soddisfatti degli anziani del proprio territorio e delle loro famiglie. Si dovranno, altresì, calcolare le possibilità di integrazione efficace tra servizi esistenti e nuovi servizi, così da ottimizzare risultati e uso delle risorse.

Ovviamente, obiettivo ultimo dei cambiamenti promossi in entrambe le direzioni è quello di giungere a migliori risultati (quantitativi e qualitativi). Nella fase sperimentale, i cambiamenti e le innovazioni da promuovere avranno tuttavia degli esiti attesi non del tutto preventivabili. Si potrà attingere ad esperienze realizzate in altri contesti, ma con l'interferenza sul risultato di una possibile non perfetta replicabilità dell'azione al proprio contesto. Si potranno coinvolgere gli attori locali nella condivisione di informazioni che migliorino il processo di conoscenza e di identificazione delle azioni da promuovere, ma con conseguenze non sempre controllate sui costi dell'innovazione o sulla sua efficacia, soprattutto quando questa consiste proprio in una nuova pratica.

Per tali ragioni, un attento monitoraggio in fase sperimentale potrà permettere di intervenire eventualmente anche in itinere per far sì che i cambiamenti producano i risultati auspicati.

Rispetto ai miglioramenti in efficienza ed efficacia delle politiche a favore degli anziani, si vuole riflettere su come - negli obiettivi della Riforma - le stesse possano essere individualmente promosse. All'interno delle logiche di promozione dell'**efficacia** si identificano così alcune parole chiave esplicative degli obiettivi che il nuovo contesto dovrebbe raggiungere: 1. superamento della logica prestazionale; 2. miglioramento della qualità della vita dell'anziano e della sua famiglia; 3. azione anche in termini di prevenzione e invecchiamento attivo. Nella fase di progettazione, le Comunità dovranno identificare i

propri obiettivi specifici guardando proprio all'efficacia prodotta (e trovando ovvio allineamento con gli obiettivi di cui riportato nell'allegato alla Deliberazione provinciale). Dovranno quindi identificare le strategie che conducono a tali obiettivi e di conseguenza associare ad ogni obiettivo di efficacia elementi qualitativi e relativi indici ed indicatori osservabili da porre come sotto-obiettivo.

Gli elementi di **efficienza** che Spazio Argento deve perseguire - come già scritto in questo rapporto - non vanno invece concepiti meramente come riduzione delle risorse economiche destinate all'azione (che al contrario potrebbero addirittura aumentare), ma l'efficienza va declinata in termini di miglioramento dell'uso delle risorse, che può quindi avvenire con modalità diverse: 1. evitando frammentazioni di interventi; 2. evitando sovrapposizioni di interventi; 3. garantendo la semplificazione delle procedure. Nella fase di progettazione, le Comunità dovranno - ove possibile - puntare quindi non solo ad un opportuno uso delle risorse assegnate, ma ad un investimento delle risorse assegnate su cambiamenti (di processo e di prodotto) che garantiscano poi nel lungo periodo soprattutto un miglior uso delle risorse e, quindi, dell'efficienza indotta. Tali elementi di risultato non saranno per questo pienamente osservabili nel breve periodo, ma dovranno essere considerati in futuro e resi attraverso opportuni indici ed indicatori di impatto, pur potendo condurre già nel breve periodo a concreti miglioramenti rispetto al passato.

A conclusione di questa riflessione, si vuole osservare quindi come il miglioramento ed il cambiamento debbano passare da un'attenta **analisi critica del precedente sistema** e dall'identificazione precisa di quali siano gli elementi su cui si rilevavano lacune, inefficienze e bassa efficacia o qualità, e ai quali dovrebbe quindi essere assegnata priorità di intervento. Per tali ragioni, necessaria premessa nella realizzazione della progettazione è l'analisi del contesto, inteso come stato dell'offerta, stato della domanda, ed eventuali gap tra le due.

Rispetto all'**offerta**, vanno identificati i soggetti tutti, privati e pubblici, formali ed informali, che compongono la complessità delle azioni a favore degli anziani del territorio e vanno attentamente elencati i servizi dettagliati che gli stessi stanno offrendo, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, sia in termini di modalità di accesso e di pagamento, che in termini di livelli di integrazione e coordinamento. Tra le azioni previste dall'allegato alla Deliberazione (obiettivo 1, punto 1b) si osserva proprio la mappatura delle risorse, che diviene quindi elemento di continuità rispetto all'analisi del contesto.

Rispetto alla **domanda**, ai dati macro già disponibili nel sistema (quale il tasso di anzianità, la divisione tra anziani autosufficienti, fragili e non autosufficienti, ecc.) va affiancata la lettura di dati micro, che facciano leggere i bisogni individuali e l'evoluzione degli stessi nel tempo; e sulla base degli stessi vanno calate analisi di clusterizzazione o identificazione delle tipologie di bisogni (statiche e dinamiche) al fine di comprendere su quali elementi prioritari deve essere calato il servizio, ma anche quali sono le categorie di domanda e di "anziano" marginali sui quali rischia di non essere realizzato alcun intervento, con riduzione dell'efficacia di Spazio Argento e della politica. Tra le azioni previste dall'allegato alla Deliberazione (obiettivo 2, punto 2a) si osserva proprio la necessità di realizzare un'azione mirata di raccolta e analisi dei bisogni del territorio, con la strutturazione di metodi di raccolta dati e analisi sistematica. Un sistema quindi che si rafforza dalla fase di analisi del contesto a quella di monitoraggio continuo delle necessità e dei bisogni del territorio, passando dall'elemento individuale (il singolo) all'elemento collettivo (la domanda locale).

A questo punto, l'analisi critica dovrà passare dall'osservazione del **gap tra domanda ed offerta**. Già in sede di progettazione, la Comunità dovrà avere chiari gli ambiti nei quali intervenire promuovendo cambiamenti e miglioramenti proprio con il fine innanzitutto di colmare la distanza tra i servizi

precedentemente offerti e la reale domanda locale. Accanto ai gap (vere e proprie lacune di sistema) andranno comunque individuati con analisi critica anche i limiti rispettivamente nell'attuale struttura di domanda e di offerta, leggendo gli elementi del sistema esistente con i filtri interpretativi della già citata efficienza ed efficacia. All'opposto, potranno infine essere identificati individualmente per la domanda e per l'offerta gli attuali punti di forza del sistema locale.

Sarà sulla base dei gap e dei limiti del sistema che si costruiranno le strategie e le linee di innovazione e sarà sulla base dei punti di forza che si struttureranno i punti saldi del nuovo sistema Spazio Argento. Ecco perché ciascuna Comunità si troverà a promuovere un sistema personalizzato, che parta da pilastri e strumenti operativi forti differenti, introducendo cambiamenti e innovazioni funzionali in modo esclusivo al suo territorio e al suo contesto.

Le linee di innovazione potranno essere quindi tracciate, stando agli obiettivi e alle azioni previste dall'allegato alla Deliberazione, in: innovazioni nel livello di integrazione tra servizi e tra enti, con finalità di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio (obiettivo 6); integrazione tra ambiti (obiettivo 7); innovazioni nella filiera, con azioni di invecchiamento attivo (obiettivo 3) e di offerta di nuovi servizi (obiettivo 5); innovazioni nel sostegno ai famigliari ed ai *caregiver* (obiettivo 4).

Dalla lettura del contesto, la progettazione del modulo organizzativo dovrà passare poi all'identificazione dei cambiamenti obiettivo. In proposito, data la socialità dell'azione e l'obiettivo complesso della politica, ci sembra di poter suggerire che la progettazione dei cambiamenti possa seguire la logica della cosiddetta catena di creazione del valore sociale (alla base della *theory of change*). Essa mette in relazione le risorse umane ed economiche immesse nell'azione (input), i processi attivati (dalla comunicazione alla governance, dalle relazioni alla formazione, dall'equità ai processi di selezione), i prodotti più quantitativi e monitorabili generati nel breve periodo in modo diretto (servizi e azioni o generalmente output), il benessere prodotto per i beneficiari delle azioni (outcome), le ricadute di lungo periodo a favore del proprio territorio (impatti). La lettura della relazione tra risorse-processi-output permette di riflettere sull'efficienza dell'azione (come precedentemente definita), mentre la relazione sino agli outcome permette di analizzare l'efficacia dell'azione. In tale relazione, inoltre, i cambiamenti auspicati possono essere posizionati sia nell'anello del prodotto, che in quello del benessere e/o ancora in quello dell'impatto. Nella fase progettuale del cambiamento sarà fondamentale definire non solo gli obiettivi e i dati attesi in ciascun anello della catena, ma anche le possibili interazioni tra anelli ed obiettivi così da non rischiare di sottovalutare il fatto che la massimizzazione di obiettivi di breve focalizzati sugli output possa magari generare distorsioni nel lungo periodo, riducendo gli impatti.

Si tratta ovviamente di considerazioni generali, che i territori potranno tenere presenti proprio per cercare di valutare fin dalla fase di progettazione gli obiettivi specifici e le logiche di cambiamento. Ma si tratta pur sempre di una logica progettuale che consentirà di collocare anche gli strumenti e i dispositivi organizzativi di cui dotarsi proprio per far leva sui cambiamenti auspicati.

Da un punto di vista pratico-operativo, in fase di progettazione e di stesura del progetto, le Comunità sono chiamate a:

- interrogarsi per ogni dimensione sullo stato attuale con suoi vantaggi e limiti;
- dedurre quindi quali elementi vanno portati con continuità all'interno di Spazio Argento e quali vanno migliorati, prevedendone quindi concreti obiettivi di miglioramento e cambiamento;
- associare ad ogni obiettivo di miglioramento l'azione, in modo tale da ricondurlo nella griglia progettuale di cui a Deliberazione provinciale;

- dare ricaduta pratica ed operativa ad ogni azione su cui si interverrà, descrivendo strumenti operativi e dispositivi che si andranno ad implementare a titolo sperimentale nel proprio Spazio Argento.

Tale ultimo passaggio richiede l'attenzione maggiore in fase di progettazione poiché vi è piena autonomia delle Comunità nel definire i propri strumenti e dispositivi pratici. Essa andrà quindi a definire poi gli indici ed indicatori di monitoraggio e valutazione specifici al proprio progetto.

Quale ultimo elemento da considerarsi come trasversale nella fase di progettazione è quanto prevedere nella stessa e/o nella successiva fase della sperimentazione anche l'elemento della **co-progettazione**. Sino ad ora, la riflessione sulle modalità di progettazione è stata rivolta alla Comunità, ma la stessa potrà riflettere sulla convenienza ed opportunità di aprire al coinvolgimento dei principali attori locali che definiscono il sistema di servizi agli anziani, in modo che la strategia divenga condivisa sin dall'inizio tra i *key player* locali. Si deve, infatti, tenere presente che in modo esplicito più obiettivi di Spazio Argento (obiettivi 1, 6 e 7 della Deliberazione) richiamano la necessità di strutturare una rete con i soggetti del privato sociale (cooperative sociali ed altri enti di Terzo Settore impegnati formalmente e informalmente nell'offerta di servizi agli anziani) e che anche gli obiettivi più operativi e relativi ai servizi (obiettivi 3, 4 e 5) necessitano di una messa in rete funzionale all'integrazione tra servizi, attori, ambiti. Nella predisposizione dei progetti, e con specifico riferimento ai citati obiettivi, le Comunità dovranno quindi scegliere le strategie più appropriate attraverso le quali promuovere la rete, identificando a quale livello essa vuole essere promossa, con quale strutturazione, con quale grado di coinvolgimento e di potere decisionale dei partner privati, considerando che gli strumenti operativi e i dispositivi che si sceglieranno in tal senso potranno poi portare ad un diverso raggiungimento degli obiettivi di valorizzazione della cooperazione sociale e del volontariato, nonché di creazione di un mix di servizi.

È in queste dimensioni di sviluppo operativo che la definizione del proprio modello operativo Spazio Argento porterà ciascuna Comunità ad identificare il potenziale degli strumenti operativi e dei dispositivi descritti nel presente report. Sinteticamente, paiono esservi comunque alcune parole chiave che - dati gli obiettivi strategici trasversali e le richieste provenienti dal Terzo Settore - dovrebbero trovare riscontro negli sviluppi progettuali e da qui negli sviluppi di Spazio Argento: (1) coinvolgimento degli enti di Terzo Settore, attraverso la costituzione di rapporti stabili e complessi (non mero affidamento), di revisione dei sistemi di governance e di partnership; (2) flessibilità, nell'analisi del bisogno con l'intercettazione di soluzioni integrate, nell'evoluzione del bisogno con risposte rapide ed adeguamenti dei budget, nel sistema con l'estensione delle maglie in cui gli enti di Terzo Settore possono promuovere la loro offerta e, quindi, con l'apertura all'innovazione; (3) professionalizzazione, attraverso la formazione di nuove figure professionali (pubbliche o del privato sociale) dedite all'analisi e alla gestione della presa in carico, ma anche al sostegno delle relazioni di rete, nonché di intercettazione e generazione di nuovi soggetti attori della rete (fino ai singoli cittadini in una logica di attivazione estesa); (4) comunicazione, aperta, rapida e condivisa nei confronti dei beneficiari dei servizi e degli enti erogatori, basata su linguaggi comuni e intermediata da personale e da strumenti informatici adeguati.

Bibliografia

- Agenzia Conoscenza e Innovazione (a cura di) (2018). *Il nuovo sistema di assistenza domiciliare integrata per gli anziani del Comune di Brescia*. Disponibile su: www.centrostudisocialis.it/wp-content/uploads/2018/07/Anziani-report-servizio-domiciliare-integrato.pdf.
- Falasca, C. (2018). *Il diritto di invecchiare a casa propria. Problemi e prospettive della domiciliarità*. Roma: Ed. LiberEtà. Disponibile su: <http://www1.auser.it/wp-content/uploads/2018/11/Ricerca%20Domiciliarit%c3%a0%20-%20impaginata.pdf>.
- Fosti, G. & Pirazzoli, A. (2017). *Percorso di formazione e tutorship a supporto del ridisegno dell'assetto istituzionale del sistema di welfare per gli anziani della Provincia Autonoma di Trento, Report conclusivo*. Disponibile su: www.consiglio.provincia.tn.it/news/giornale-online/articoli/Documents/Report%20Bocconi%20per%20riforma%20welfare%20anziani.pdf.
- Gaviano, R. & Sala, M. (2016). Coprogettazione e innovazione del lavoro sociale. In: M. Brunod et al. (a cura di), *La coprogettazione sociale*. Trento: Erickson, pp. 98-109.
- Ghetti, V. (2014). *La riorganizzazione dei servizi sociali del Comune di Milano: spunti per affrontare il cambiamento*. Disponibile su: www.lombardiasociale.it/2014/01/31/la-riorganizzazione-dei-servizi-sociali-del-comune-di-milano-spunti-per-affrontare-il-cambiamento.
- Glenda, C. (2019). L'uso della valutazione partecipata da parte della committenza: il caso della domiciliarità del Comune di Milano, *Working Paper Secondo Welfare*. Disponibile su: www.secondowelfare.it/allegati/wp_2wel_1_2019.pdf.
- Guidetti, C. (2016). *Welfare di tutti: innovare strumenti e misure per un sistema di welfare aperto alla città*, disponibile su: www.lombardiasociale.it/2016/11/24/welfare-di-tutti-innovare-strumenti-e-misure-per-un-sistema-di-welfare-aperto-alla-citta.
- Mariani, R. (2018). *Coprogettazione e non solo. L'intervento del Comune di Lecco*. Disponibile su: welforum.it/il-punto/coprogettazione-e-non-solo/coprogettazione-e-non-solo-lintervento-del-comune-di-lecco.
- Marocchi, G. (2018). *Lecco. Una storia di coprogettazione*. Disponibile su: welforum.it/il-punto/coprogettazione-e-non-solo/lecco-una-storia-di-coprogettazione.
- Pizzardi, E. (2016). La coprogettazione come "organizzazione temporanea". In: M. Brunod et al. (a cura di), *La coprogettazione sociale*. Trento: Erickson, pp. 79-97.
- Tidoli, R. (2017a). La domiciliarità. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° Rapporto 2017/2018*, a cura di Network Non Autosufficienza. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Tidoli, R. (2017b). *Pensare ad un SAD diverso è possibile*. Disponibile su: www.lombardiasociale.it/2017/06/09/pensare-ad-un-sad-diverso-possibile.

Appendice 1: Sintesi casi studio

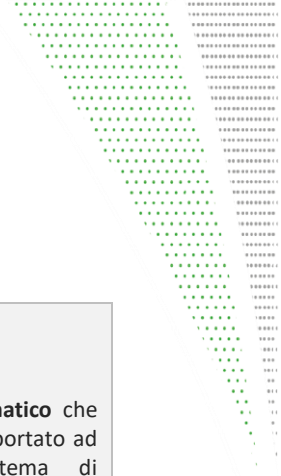


Caso	Dispositivi	Elementi di forza e peculiarità	Elementi sensibili	
Attivazione e valorizzazione del privato sociale				
Comune di Brescia	<p>Co-progettazione del sistema di accreditamento e accompagnamento all'attuazione del nuovo sistema domiciliarietà che ha coinvolto tutti gli enti gestori dei servizi per anziani della città, i sindacati, gli organismi di consultazione nel settore del welfare, i rappresentanti del Servizio sociale comunale, l'Azienda sanitaria, l'ordine dei farmacisti e dei Medici di Medicina Generale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Focus group per l'elaborazione della bozza del progetto tecnico per la domiciliarità. • Costituzione del Consiglio di Indirizzo: attore collettivo di governance delle Politiche Sociali della città di cui fanno parte le realtà maggiormente rappresentative del Terzo Settore. • Formazione congiunta tra Medici di Medicina Generale, personale ASL e assistenti sociali basata sulla simulazione di casi concreti. • Gruppi tecnici per la traduzione operativa del nuovo sistema. • Azioni di comunicazione sociale; • Formalizzazione degli accordi sia con gli Enti accreditati che con la ASL. • Incontri di monitoraggio ogni 15 giorni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il sistema è entrato a regime potendo già contare su una condivisione da parte dei soggetti territoriali impegnati nell'erogazione dei servizi domiciliari. • I processi di co-progettazione e concertazione hanno portato ad evitare doppioni e lasciare alle famiglie il lavoro di ricomposizione dell'offerta. • Le scelte operative vengono di pari passo condivise con i soggetti coinvolti per garantire il loro continuo allineamento. • Formalizzazione degli accordi è vincente per tradurre gli impegni dal livello istituzionale a quello organizzativo ed operativo. • Il monitoraggio permette di trovare soluzione a problemi nel momento in cui si presentano. • Buon di livello di soddisfazione dell'utenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo molto oneroso in termini di tempo e risorse economiche sia per il soggetto pubblico che per quelli privati. • Impegnativi gli adattamenti anche sul piano amministrativo, quindi ulteriori costi del cambiamento operativo. • Il processo deve continuamente essere oggetto di monitoraggio e manutenzione. • Necessità di investire nella formazione e nell'acquisizione di nuove competenze professionali e di aggiornare le stesse in relazione al cambiamento dei compiti e delle funzioni.
La cura è di casa	<p>Costruzione e coordinamento di una rete di attori pubblici e privati finalizzata alla ricomposizione dell'offerta di interventi di prevenzione alla non autosufficienza e di supporto alla quotidianità di anziani vulnerabili.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Governance che si basa su partnership paritarie: ad ogni soggetto coinvolto nella rete viene chiesta la stessa corresponsabilità seppur nella chiara distinzione dei ruoli. • La governance si compone di: <ul style="list-style-type: none"> ○ cabina di regia (soggetto pubblico con ruolo di management e coordinamento); ○ assemblea dei partner (monitoraggio del progetto e negoziazione budget annuale). • Governance operativa è composta da un <i>Network Manager</i> e alcuni <i>Care Planner</i> per ognuna delle otto aggregazioni territoriali. È in collegamento con la governance di indirizzo del progetto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema di governance è considerato come uno degli elementi di successo del progetto. • La divisione del territorio in aggregazioni territoriali facilita l'integrazione del lavoro tra soggetti pubblici e privati. La loro coesione è aiutata anche dalla gestione di un unico budget. • L'assemblea dei partner e la piattaforma informatica condivisa sono diventate occasioni fondamentali per il mantenimento della coesione della rete. • È risultato vincente il rispetto delle singole identità degli enti coinvolti nella rete. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di considerare la manutenzione dei legami collaborativi una delle attività costanti del progetto. • Necessità di investire nella formazione dei professionisti per lo sviluppo di competenze di gestione manageriale, di rendicontazione, di programmazione ma anche un'intelligenza relazionale e collaborativa per sapere coordinare relazioni molto complesse. • Sistema di governance oneroso.
Accessibilità, vicinanza e informazione				

<p style="text-align: center;">SID Lecco</p>	<p>Ricevimento a pubblico del Sistema Integrato Domiciliarità di Lecco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione della rete con dichiarazione di disponibilità di essere contattati nel momento in cui emergesse la necessità di un intervento domiciliare. • Collaborazioni con diversi soggetti (Medici di Medicina Generale, associazioni di volontariato...) per la promozione del servizio. • Connotazione del ricevimento come uno spazio di ascolto libero e gratuito. 	<ul style="list-style-type: none"> • SID è diventato un punto di riferimento nel campo della domiciliarità sia per le famiglie che per gli attori del territorio. • Risponde a una delle maggiori necessità delle famiglie con anziani non autosufficienti, ovvero informazioni e orientamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento di tempo nell'intrecciare relazioni con i diversi soggetti territoriali. • Necessità di riuscire a fornire il maggior numero di informazioni. • Resistenze legate al fatto di rivolgersi ai servizi sociali (stigma).
<p style="text-align: center;">Comune di Milano</p>	<p>Portale integrato con il sistema per la domiciliarità che si compone di un'infrastruttura digitale, la piattaforma web <i>wemi.milano.it</i>, e una fisica, gli Spazi WeMi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creazione di una piattaforma web dove si possono trovare le informazioni su tutti i servizi e gli interventi nel campo della domiciliarità offerti dai soggetti accreditati dal Comune. • Creazione di Spazi WeMi che hanno le stesse funzioni della piattaforma (ascoltare, informare, orientare). • Supporto a soggetti del Terzo Settore che hanno voluto aprire degli Spazi WeMi all'interno delle proprie sedi attraverso una logica di co-progettazione. • Adozione di specifiche strategie per ottenere maggiore visibilità e riconoscibilità (Dipartimento Design ha definito delle coordinate comunicative). 	<ul style="list-style-type: none"> • È stato possibile raggiungere cittadini che non erano mai stati a contatto con i servizi pubblici (dato che si intende confermare con un sistema di monitoraggio e valutazione più raffinato). • La funzione informativa della piattaforma va a vantaggio degli Enti accreditati che sono nella condizione di sapere quali sono tutti i servizi esistenti e di poter orientare di conseguenza il loro modello di business. • Il soggetto pubblico può sfruttare la piattaforma informativa per la raccolta di dati sui bisogni insoddisfatti della popolazione e per rindirizzare la programmazione dei servizi. • Gli Spazi WeMi nascono in luoghi che sono già noti per altre funzioni, ciò conferisce loro una maggiore vicinanza e conoscenza tra la popolazione. Obiettivi raggiunti anche dal fatto che molti spazi lavorano anche sull'aggregazione e l'animazione territoriale. • Le strategie comunicative hanno contribuito a creare un'identità visiva e riconoscibile del progetto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di strutturare un sistema di monitoraggio e valutazione per rendere conto dell'efficacia dello strumento nell'intercettare il bisogno. • Non si vuole limitare la piattaforma a fornire informazioni ma ad essere luogo in cui il cittadino può anche acquistare i servizi (sviluppo in marketplace). • Il fatto che la piattaforma comprendesse solo i soggetti accreditati ha creato un sistema chiuso che non ha incentivato dinamiche di concorrenza. L'intenzione è quindi quella di aprirla anche ad altri soggetti (selezionati sulla base di alcuni criteri di qualità ma non di prezzo). • Nella piattaforma entreranno a far parte anche i servizi pubblici al fine di creare una vetrina unitaria di tutti i servizi garantiti dal pubblico per la domiciliarità. • Il tema dell'accessibilità richiama quello della capacità di risposta ai bisogni. Ne consegue la necessità di ripensare al ruolo del soggetto pubblico e del privato all'interno del welfare locale nella direzione di una maggiore condivisione delle responsabilità.

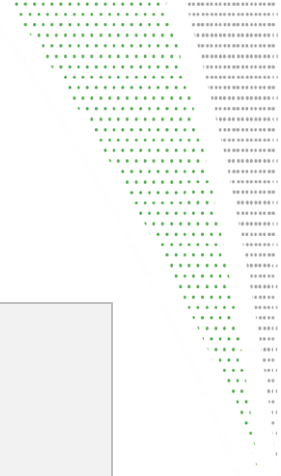


Comune di Brescia	Punti di accesso in ognuna delle zone della città gestiti dalle coop accreditate.	<ul style="list-style-type: none">• Il bando di accreditamento richiede che ogni ente si doti di un info point per ogni zona in cui lavora. Questo deve essere aperto almeno 10 ore a settimana.	<ul style="list-style-type: none">• Maggiore accessibilità e vicinanza del sistema integrato domiciliarietà ai cittadini.• Luogo fisico in cui promuovere collaborazioni in rete con gli altri soggetti del territorio.	<ul style="list-style-type: none">• Necessità di investimenti economici da parte degli Enti accreditati per adibire lo spazio e per il personale.• Ha richiesto anche un investimento in termini di formazione del personale per svolgere queste nuove funzioni.
Continuità della presa in carico				



<p>Comune di Torino</p>	<p>Budget socio sanitario unico per la singola persona, definito sulla base di una valutazione sociale e sanitaria e declinabile in diversi interventi.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Riconoscimento di interventi tutelari prestati da personale non sanitario (assistente familiare, volontario affidatario, familiare) come livelli essenziali delle prestazioni, quindi meritevoli della compartecipazione da parte della Sanità al 50%.• Integrazione delle risorse sociali e sanitarie in un unico budget per la domiciliarità definito sulla base di una valutazione socio sanitaria.• Nel sistema di accreditamento si prevede che gli enti erogatori debbano garantire un’ampia gamma di interventi.• Gli interventi possono essere rimodulati in itinere direttamente dall’ente erogatore entro i limiti del valore del buono di servizio.• Il progetto personalizzato prevede l’erogazione di un pacchetto diversificato di prestazioni in cui possono essere combinati interventi di natura sociale e sanitaria, erogazioni monetarie e servizi.• Possibilità di ottenere un assegno per sostenere il caregiving familiare.• Inclusionione nel sistema delle assistenti familiari che possono essere assunte secondo le modalità che meglio si adattano alle esigenze della famiglia.• Possibilità di attivare gli interventi di un volontario affidatario.	<ul style="list-style-type: none">• La varietà degli interventi attivabili e la possibilità di combinarli in un “pacchetto domiciliarità” permette di adattarsi alle specifiche necessità e risorse dell’anziano e del suo nucleo familiare al momento della prima valutazione e nel corso del tempo.• Gli interventi di assistenza familiare possono essere attivati in diverse modalità secondo le esigenze della famiglia.• Valorizzazione delle risorse interne alla famiglia e riconoscimento del lavoro di caregiving.• Si incentiva l’assunzione regolare delle assistenti familiari.• Interventi con un’intensità assistenziale coerente con i bisogni degli anziani.	<ul style="list-style-type: none">• Mancanza di un sistema informatico che ricalcasse l’unità del sistema ha portato ad un appesantimento del sistema di attivazione e rendicontazione.• Incertezza su cosa possa essere considerato livello essenziale delle prestazioni ha portato a ritardi nei pagamenti agli Enti accreditati, proroghe dell’accreditamento di breve periodo e ha disincentivato qualsiasi tentativo di miglioramento e riforma del sistema.• Le difficoltà economiche della Regione hanno costretto a rivedere l’accordo di programma tra ASL e Città di Torino che ha portato a ridurre la copertura degli interventi e concentrarli sulle situazioni di maggiore solitudine e gravità.• Restrizioni finanziarie hanno portato ad una distorsione del modello per cui si è spesso intaccata l’adeguatezza dei progetti.• Scarso riconoscimento dell’autonomia del gestore nel modulare gli interventi in base al mutare dei bisogni con conseguente lentezza nel cambio del piano assistenziale.• Sistema efficace ma che richiede ingenti risorse economiche.
-------------------------	--	--	--	--

Comune di Brescia	Definizione di un budget per la gestione del progetto di presa in carico a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Si passa dalla definizione di una sommatoria di prestazioni al quella di un budget che può comprendere interventi di varia natura. • Si riconosce all'ente accreditato la responsabilità della realizzazione del piano di intervento individuale e della sua modulazione in itinere. • Il Servizio sociale e l'Ente accreditato lavorano in sinergia per garantire continuità assistenziale e adeguatezza del piano di intervento (verifiche periodiche, chiamate di confronto...). • Momenti formativi ad hoc per l'acquisizione delle nuove modalità operative e di gestione del progetto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il sistema a budget permette di passare da una logica prestazionale ad una progettuale per la quale si prospetta un piano complessivo di vita al domicilio. • Aiuta e incentiva gli operatori a fare una valutazione del bisogno globale che non si limita agli aspetti assistenziali. • Rende la modifica del piano in itinere maggiormente flessibile in quanto viene riconosciuta maggiore autonomia al soggetto privato (superamento del sistema "a delega"). 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistenze legate al cambiamento del ruolo e delle funzioni dell'assistente sociale comunale e del soggetto accreditato. • Predisposizione di strumenti progettuali ed amministrativi specifici.
SID Lecco	Continuità assistenziale e monitoraggio degli interventi	<ul style="list-style-type: none"> • Case manager si occupa di monitorare il progetto personalizzato della singola persona raccogliendo le informazioni delle operatrici che operano al suo domicilio e condividendo le osservazioni all'interno dell'équipe di lavoro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garanzia dell'integrazione degli interventi forniti da attori diversi e della valutazione della loro appropriatezza rispetto agli specifici bisogni dell'intero nucleo familiare. • Velocità nella modulazione degli interventi se riguardano servizi gestiti dal SID. 	
Integrazione dell'offerta di servizi pubblici e privati				



<p>Comune di Brescia</p>	<p>Nuovo sistema di accreditamento dei servizi domiciliari per passare dall'erogazione di prestazioni allo sviluppo di un progetto di vita per la permanenza a domicilio.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Divisione della città in cinque zone, i soggetti erogatori che si accreditano devono poter garantire la più ampia gamma di servizi compresi quelli di invecchiamento attivo e prevenzione. Scelta che ha indotto un processo di cooperazione tra i soggetti accreditati e le associazioni di volontariato.• Il Servizio Sociale Territoriale di ogni zona della città ha facilitato la creazione di queste collaborazioni attraverso Tavoli di lavoro con le cooperative sociali accreditate (creazione di un'area trasversale con finalità di sviluppo di Comunità):<ul style="list-style-type: none">○ mappatura delle risorse del territorio;○ condivisione di una linea progettuale comune con la quale si sono presentati alle associazioni di volontariato del territorio.• Servizio sociale ha fornito supporto nella definizione di alcuni accordi quadro che tutti i soggetti accreditati hanno stipulato per il servizio di trasporto e per il telesoccorso.	<ul style="list-style-type: none">• Si è incentivata la creazione di una rete tra soggetti poco abituati a collaborare se non per progetti specifici.• Inclusione e valorizzazione del volontariato nel sistema integrato domiciliarietà.• Semplificazione e riduzione delle procedure per accedere a una pluralità di interventi.	<ul style="list-style-type: none">• Investimento in termini di tempo e risorse economiche.• Rischio di sovraccaricare le associazioni di volontariato con impegni eccessivi rispetto alle loro risorse e possibilità.• Rischio di assumere comportamenti lesivi della concorrenza che vanno calibrati con un'attenta mappatura e in modo coordinato ai processi di co-progettazione.
--------------------------	---	---	---	---

SID Lecco	Modello di welfare che intende fondare la sua sostenibilità sulla condivisione tra i diversi soggetti del territorio della responsabilità nei confronti dei soggetti più fragili.	<ul style="list-style-type: none"> • Co-progettazione e co-gestione dell'intero sistema di welfare sociale tra ente pubblico ed enti privati. • Promozione di una rete di soggetti. • Istituzione del patto di Comunità che formalizza un accordo tra Comune e soggetti del territorio interessati a sviluppare progetti o azioni di welfare di Comunità. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rete territoriale fitta e capillare nata dalla condivisione delle risorse tra pubblico e privato e dalla continua spinta alla creazione di nuove connessioni. • Formalizzazione e messa a regime di attività a supporto delle persone fragili (monitoraggio, coesione sociale, informazioni...). • Coinvolgimento di soggetti che non hanno competenza diretta in tema di welfare. • Integrazione delle risorse non economiche presenti sul territorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento di tempo e risorse nello strutturare legami collaborativi e di rete con soggetti territoriali molto eterogenei. • Disponibilità del tessuto comunitario a riconoscersi corresponsabile delle necessità del proprio territorio.
Integrazione tra funzioni e professionalità				
SID Lecco	All'interno del SID vi lavora una équipe che si caratterizza per essere multi-professionale (assistenti sociali, ausiliari socio-assistenziali, un'educatrice e una psicologa) e multi-appartenenza (pubblico e privato)	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione tra soggetto pubblico e privato sia della responsabilità direzionale e gestionale che degli aspetti tecnico-orientativi ed operativi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visione complessa del bisogno e delle possibilità di intervento. • Ampliamento delle prospettive di intervento sia in termini di efficacia che di innovazione delle risposte. • Contaminazione positiva tra operatori pubblici e privati nelle modalità di lavoro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Specificità del contesto politico e sociale in cui si è sviluppato il modello. • Meccanismi collaborativi non istituibili dall'ente pubblico se non attraverso azioni di formazione, promozione di un linguaggio condiviso, ecc.
Sistema informativo integrato				

<p>La cura è di casa</p>	<p>Introduzione di una piattaforma gestionale digitale per una programmazione giornaliera degli interventi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema gestionale pianificato e implementato ad hoc per il progetto. • Attività di formazione molto pratica e mirata all'acquisizione di competenze per l'utilizzo del sistema. • Attività costante di accompagnamento e monitoraggio del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • La piattaforma mette sullo stesso piano i diversi partner del progetto indipendentemente dalla loro appartenenza (pubblico, privato). • Programmazione degli interventi molto dettagliata e coerente con i bisogni dell'anziano. • Monitoraggio puntuale delle risposte fornite. • Coordinamento delle azioni dei partner più efficace ed efficiente. • Rendicontazione automatica delle attività. • Risvolti positivi in termini di manutenzione dei legami collaborativi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di un intenso e lungo lavoro di progettazione e implementazione. • Stato di implementazione molto eterogeneo tra le diverse aggregazioni territoriali a causa di diversi fattori tra cui: copertura di campo scarsa; difetti del sistema; livello di competenza informatica degli operatori. • Necessità di gestire la resistenza degli operatori all'utilizzo del sistema informatico. • Necessità di garantire accompagnamento e attività di formazione.
<p>Comune di Milano</p>	<p>Introduzione del sistema informativo SISA per la gestione degli interventi di welfare sociale tra cui anche i progetti di assistenza domiciliare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riutilizzo della piattaforma in uso al Comune di Torino con un'importante lavoro di personalizzazione. • Strategie di formazione basate sul coinvolgimento e la partecipazione degli operatori ai processi di analisi e progettazione del sistema. • Creazioni di raccordi tra la parte informatica e amministrativa e quella sociale per la progettazione e implementazione della piattaforma; • Lavoro congiunto tra ditta esterna e l'Ufficio Informatica delle Politiche Sociali. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risparmio di risorse per il riutilizzo della piattaforma. • Ottimizzazione dei processi di avvio, monitoraggio e rendicontazione dei progetti. • Efficientamento nell'uso del tempo degli operatori. • Possibilità di una più attenta gestione del budget sia sul singolo progetto che annuale. • Consente al soggetto pubblico di esercitare in modo più veloce ed efficace le funzioni di verifica e controllo. • Le strategie di coinvolgimento degli operatori nei processi di analisi e progettazione hanno permesso di introdurre l'innovazione con maggiore efficacia e di ridurre le resistenze al cambiamento; • Il lavoro congiunto con la ditta esterna ha permesso di strutturare la piattaforma sulla base delle esigenze del Servizio e delle competenze del personale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di investimenti per la personalizzazione della piattaforma. • Formazione mirata e accompagnamento costante del personale operativo (sia amministrativo che sociale e di coordinamento) per gestire e affrontare le resistenze al cambiamento del proprio <i>modus operandi</i>. • Delicato il lavoro e la comunicazione tra mondo sociale e dell'informatica per tradurre all'interno di una piattaforma processi e operazioni del lavoro sociale.

<p style="text-align: center;">Comune di Genova</p>	<p>Introduzione del sistema informativo SISA per la gestione dei progetti di assistenza domiciliare che cercano di mettere a sistema le risorse pubbliche e private attivabili.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Messa a disposizione dell'Ufficio Informatica per l'accompagnamento all'utilizzo della piattaforma. • Strategia di formazione basata sul coinvolgimento degli operatori nella costruzione di alcuni strumenti; 	<ul style="list-style-type: none"> • Risparmio di risorse per il riutilizzo della piattaforma. • Ottimizzazione dei processi di avvio, monitoraggio e rendicontazione dei progetti. • Efficientamento nell'uso del tempo degli operatori. • Consente al soggetto pubblico di esercitare in modo più veloce ed efficace le funzioni di verifica e controllo. • Le strategie di coinvolgimento degli operatori nei processi di progettazione di alcuni strumenti hanno permesso di introdurre l'innovazione con maggiore efficacia e di ridurre le resistenze al cambiamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessità di investimenti per la personalizzazione della piattaforma. • Formazione mirata e accompagnamento costante del personale operativo (sia amministrativo che sociale e di coordinamento) per gestire e affrontare le resistenze al cambiamento del proprio <i>modus operandi</i>. • La gestione <i>in house</i> della formazione ha richiesto un forte sforzo organizzativo ed investimento di tempo. La sua esternalizzazione avrebbe forse facilitato il compito. • Delicato il lavoro e la comunicazione tra mondo sociale e dell'informatica per tradurre all'interno di una piattaforma processi e operazioni del lavoro sociale.
--	--	--	---	---

Appendice 2: Traccia intervista

TRACCIA INTERVISTA

Premessa: la vostra cooperativa offre servizi domiciliari agli anziani (over 65). Vorremmo comprendere a quali soggetti è rivolta l'azione e concentrarci poi sugli anziani non autosufficienti, analizzando la rispondenza tra i vostri servizi e gli eterogenei bisogni dell'anziano.

Vi chiederemo a tal fine alcune informazioni più di taglio quantitativo sul servizio e di conseguenza analisi e percezioni sul settore in generale e sulla vostra offerta in particolare, guardando alla sua collocazione all'interno del panorama trentino.

1. L'OFFERTA

a) CARATTERISTICHE DELL'UTENZA

Chi è e come è composta

- Approssimativamente, come si suddivide la vostra utenza "anziana" per fascia di età?
- Qual è la percentuale di non autosufficienti sul totale dei vostri utenti over 65? Quale composizione per livelli di autosufficienza?

Accesso e soddisfazione della domanda

- Gli utenti (o i loro familiari) come entrano in contatto con la vostra realtà? Quanto è intermediato da pubblica amministrazione e assistenti sociali, quanto da altri enti di Terzo Settore e quanta è domanda diretta?
- Quali sono in generale le ragioni dell'accesso ai vostri servizi?
- Si tratta, nelle vostre analisi, di persone che non riescono ad accedere a strutture residenziali o di domande specifiche di supporto domiciliare? Sono persone che prima, o anche attualmente, hanno il supporto di una badante?
- Avete avuto segnalazioni da parte degli utenti/delle famiglie di difficoltà concrete nella capacità di trovare i vostri servizi o di identificare possibili soggetti che offrano sul territorio servizi di assistenza agli anziani?
- Avete una stima di quanto tempo trascorre dal momento di emersione del bisogno al momento in cui la famiglia ha intercettato la vostra offerta?
- Quale percentuale di domande riuscite a soddisfare? Il numero di utenti serviti è stabilito o influenzato dalla pa e da sistemi di accreditamento ed esternalizzazione? (Se ci fosse domanda insoddisfatta: Secondo quali criteri selezionate i soggetti richiedenti il servizio? Reddito, contesto familiare, residenza, livello di disabilità...)

b) TIPOLOGIA DEI SERVIZI OFFERTI

- Qual è la copertura geografica dei servizi che offrite?
- E in coerenza con quali scelte la copertura è questa (es. Sistema accreditamenti territoriale, vostra presenza nel territorio con altri servizi, inizio partnership con altri enti pubblici o privati locali...)?
- Offrite servizi di tipo socio-sanitario, socio-assistenziale o di tipo integrato? Quali nello specifico?
- Offrite anche servizi ai familiari degli utenti o in generale di supporto ai *caregiver*? Quali e perché?

Sistema di valutazione del bisogno e accompagnamento dell'utente

- Secondo quali modalità si cerca di inserire il vostro utente in un processo di analisi integrata del bisogno?
- In che modo i servizi offerti sono modulati in base ai bisogni dell'utente? I servizi che offrite possono essere modificati in base alla gravità della situazione e al cambiamento dei bisogni
- In che modo offrite accompagnamento all'utente e alla sua famiglia durante il percorso assistenziale? Vi è un case manager sin dalle fasi iniziali del contatto nella vostra cooperativa o nella PA?

Costi

- I costi dei vostri servizi sono totalmente a carico dei soggetti privati o è prevista una qualche forma di compartecipazione pubblica (dipendente ad esempio in base al reddito dei pazienti)?

Bisogni insoddisfatti

- Quali bisogni dell'anziano non autosufficiente rimangono secondo voi insoddisfatti dalla vostra offerta? Perché non vi rispondete? Secondo voi dove o in che modo trovano risposta questi bisogni insoddisfatti?

2. CAPACITÀ DI FARE RETE CON ALTRI SOGGETTI

Enti del Terzo Settore

- Al fine di gestire le risorse sociosanitarie (sia economiche che professionali) in maniera integrata, avete attivato delle collaborazioni con altre realtà del Terzo Settore? O avete un rapporto di concorrenza?
- Potete indicare gli enti di Terzo Settore con i quali collaborate o che sono generalmente presenti con un'offerta di servizi domiciliari nei territori in cui agite?
- Altre cooperative sociali, associazioni ed organizzazioni di volontariato

Cooperative non sociali (es. casse rurali, famiglie cooperative...) e piccole imprese del territorio

- Nei territori in cui agite, avete conoscenza di altre organizzazioni che offrono servizi eterogenei di supporto ai bisogni dell'anziano anche di tipo 'soft' come la consegna della spesa o di farmaci e pasti a domicilio, ecc.? come vi rapportate con le stesse: tavoli di confronto sui bisogni, momenti informali di confronto, analisi della loro offerta e integrazione dei vostri servizi, ecc.?

Settore pubblico

- Nell'offrire i vostri servizi collaborate con il settore pubblico? O avete un rapporto di concorrenza? Rispetto a quali ambiti l'uno e l'altro?

Assistenti familiari

- Avete attivato delle reti di collaborazione con la realtà delle assistenti familiari?

Reti formali e informali di cittadini attivi

- Percepisce vi sia un buon livello di welfare di comunità e auto-mutuo-aiuto nei territori in cui agite? e come vi posizionate rispetto allo stesso? Confronto sui bisogni soddisfatti e insoddisfatti, divisione dei ruoli e degli interventi?

Qualità dell'integrazione

- Qual è il livello di qualità percepita dell'integrazione del vostro servizio con altri offerti dagli attori pubblici e del privato sociale per la cura dell'anziano non autosufficiente?
- Vi è un'integrazione solo tra istituzioni o anche tra processi? E concretamente quest'ultima semmai come avviene (processi di collaborazione e condivisione delle informazioni in entrata del soggetto, in fase di valutazione del soggetto e dei suoi bisogni, in fase di offerta integrata di servizi)?

3. IL FUTURO: SPAZIO ARGENTO

- Quali sono le vostre considerazioni rispetto alla riforma sul tema anziani e domiciliarità? Quali credete siano le opportunità di Spazio Argento e i suoi possibili rischi?
- Secondo voi quale ruolo dovrebbe avere Spazio argento? Come valutate la sua funzione di regia pubblica nel fornire un'assistenza di tipo integrato?
- Alla luce della vostra esperienza con i Punti Unici di Accesso, ci sono secondo voi dei miglioramenti (procedurali e non) che dovrebbero essere tenuti in considerazione da Spazio argento?
- Vi chiediamo ora una breve riflessione su alcune parole chiave che dovrebbero caratterizzare l'azione di Spazio Argento:
 - **accessibilità e vicinanza:** come possono essere garantite?
 - **presa in carico:** quali caratteristiche deve presentare perché sia completa e migliori il sistema?
 - **valutazione integrata dei bisogni** (con case manager o équipe multi-professionale): quali requisiti per garantire l'analisi integrata del bisogno e una corretta comunicazione verso gli enti privati che poi erogano i servizi a favore dell'utente?
 - **innovazione di servizio:** quali sono le prospettive di cambiamento ed i possibili servizi su cui come ente investireste o che altri dovrebbero promuovere?
 - **rete tra soggetti privati e pubblici, formali ed informali:** è possibile? In cosa dovrebbe investire Spazio Argento per garantire una migliore integrazione dei diversi attori nella rete di offerta di servizi?
 - **integrazione di équipe e informativa:** quali credete siano le opportunità e quali i requisiti per una gestione efficace del caso? Quali sono le difficoltà che percepite nella comunicazione continua tra enti di Terzo Settore e il soggetto pubblico che gestirà Spazio Argento?